

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität München
Direktor: Prof. Dr. Peter Falkai

**Differentielle Behandlungsverläufe bei
störungsspezifischer stationärer
Psychotherapie komplexer
Traumafolgestörungen**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Leonhard Sebastian Kratzer
aus Augsburg

2019

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Frank Padberg

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Matthias M. Weber
Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: PD Dr. Andrea Jobst-Heel

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 07.10.2019

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Einleitung	9
1.1 Komplexe Traumafolgestörungen	9
1.1.1 Phänomenologie und Epidemiologie komplexer Trau- mafolgestörungen	9
1.1.2 Posttraumatische Belastungsstörung und Borderline- Persönlichkeitsstörung	18
1.1.3 Posttraumatische Belastungsstörung und Dissoziative Störungen	22
1.1.4 Psychotherapie komplexer Traumafolgestörungen	28
1.2 Ein integratives Therapiekonzept der komplexen PTBS	39
1.3 Motivation und Rational dieser Untersuchung	43
2 Methode	47
2.1 Design und Ablauf der Untersuchung	47
2.1.1 Fallzahl und Untersuchungszeitraum	47
2.1.2 Stichprobenauswahl	48
2.2 Manualtreue und therapeutische Kompetenz	49

2.3	Diagnostik	50
2.3.1	Klassifikatorische Diagnostik	50
2.3.2	Selbstbeurteilungsverfahren	53
2.4	Inferenzstatistische Analysen	61
2.4.1	Effektstärkeberechnung und klinische Signifikanz	63
2.4.2	Verteilungsformen	64
2.4.3	Analyse der Symptomverläufe	65
2.4.4	Identifikation und Analyse von distinkten Verläufen der PTBS-Symptomatik	66
2.4.5	Klinische und nicht-klinische Merkmale der Klassen von Verläufen	70
2.4.6	Prädiktion der Klassenzugehörigkeit (CART)	70
2.4.7	Analyse der Symptomverläufe in den Klassen	72
2.5	Software	73
3	Ergebnisse	75
3.1	Stichprobenbeschreibung	75
3.1.1	Missing Data	76
3.1.2	Demographische Daten	76
3.1.3	Vorbehandlungen	82
3.1.4	Suizidversuche in der Anamnese	82
3.1.5	Ausmaß der Kindheitstraumatisierungen	84
3.1.6	Belastung durch Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung	89
3.1.7	Belastung durch dissoziative Symptome	89
3.1.8	Belastung durch depressive Symptome	91

3.1.9	Belastung durch Angstsymptome	91
3.1.10	Belastung durch somatoforme Symptome	93
3.1.11	Belastung durch Essstörungssymptome	93
3.1.12	Belastung durch Zwangssymptome	93
3.1.13	Allgemeine Aspekte psychosozialer Gesundheit	96
3.1.14	Komorbiditäten	96
3.2	Medikation im Therapieverlauf	103
3.3	Inferenzstatistik	104
3.3.1	Analyse der Symptomverläufe	104
3.3.2	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	134
3.3.3	Identifikation und Analyse von distinkten Verläufen der PTBS-Symptomatik	136
3.3.4	Klinische und nicht-klinische Merkmale der Klassen . .	146
3.3.5	Prädiktion der Klassenzugehörigkeit (CART)	148
3.3.6	Analyse der Symptomverläufe in den Klassen	150
4	Diskussion	199
4.1	Wie komplex muss die Therapie der komplexen PTBS sein? .	200
4.1.1	Heterogenität und Belastung komplex traumatisierter PatientInnen	200
4.1.2	Psychotherapie der komplexen PTBS: störungsspezifisch oder transdiagnostisch?	205
4.2	Wirksamkeit des Therapieprogrammes	208
4.2.1	Primäres und sekundäre Outcome-Maße	208
4.2.2	Wirksamkeit aus Patientenperspektive	212
4.2.3	Differentielle Klassen von Verläufen	214

4.2.4	Zur Bedeutung der Prädiktoren des Therapieverlaufs	216
4.3	Offene Fragen und Ausblick	223
4.4	Stärken und Schwächen dieser Untersuchung	225
5	Zusammenfassung	229
	Literaturverzeichnis	233
	Abbildungsverzeichnis	275
	Tabellenverzeichnis	279
	Appendices	
Anhang A	R-Code	283
A.1	Zweiseitiger Wilcoxon-Test mit Kontinuitätskorrektur	283
A.2	Cohens d_z für abhängige Stichproben nach Lakens (2013)	284
A.3	Korrigiertes R^2 für lineare gemischte Modelle	284
Anhang B	Diagnostica	285
	Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung	286
	Childhood Trauma Questionnaire	295
	Impact-of-Event Scale (revidierte Form)	297
	HEALTH-49	299
	Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit	303
	ICD-10-Symptomrating	309
	Dissociative Experiences Scale - Taxon	312
	Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (Kurzform)	313

Strukturierter Interviewleitfaden zur Diagnose dissoziativer Störungen 314

Anhang C Eidesstattliche Versicherung 335

Kapitel 1

Einleitung

1.1 Komplexe Traumafolgestörungen

1.1.1 Phänomenologie und Epidemiologie komplexer Traumafolgestörungen

2008 berichteten in Deutschland 28% der Frauen und 21% der Männer einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe, mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt zu haben (Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer & Brähler, 2008). Bei 2.3% der Studienteilnehmer lag gemäß den Diagnosekriterien der International Classification of Diseases (ICD–10) (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 1994) der Weltgesundheitsorganisation WHO eine post-traumatische Belastungsstörung mit intrusivem Wiedererleben des Traumas, Vermeidungsverhalten und Amnesie oder Übererregung vor. In deutschen Hausarztpraxen wird die Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auf 2.9% beziffert, 5.6% weisen eine partielle PTBS auf (Glaesmer,

Matern, Rief, Kuwert & Braehler, 2015). Die PTBS (Kriterien siehe Tabelle 1.1 auf Seite 11) ist mit traumafokussierter kognitiv-behavioraler Therapie (KVT) und Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) wirksam behandelbar (Bisson et al., 2007). Mit Prä-/Post-Effektstärken von $d=1.6-1.7$ bzw. $d=1.4$ verhelfen beide Verfahren der Mehrzahl der behandelten PatientInnen zu einer deutlichen Besserung ihrer Symptomatik. Durchschnittlich 67% der PatientInnen erfüllen nach der Therapie nicht mehr die Kriterien der PTBS und durchschnittlich 44% beenden die Therapie klinisch signifikant gebessert (Bradley, Greene, Russ, Dutra & Westen, 2005). Für die Wirksamkeit der psychodynamischen Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung liegt derzeit keine ausreichende Evidenz vor (Leichsenring, Leweke, Klein & Steinert, 2015).

Bei einem Teil der PatientInnen mit PTBS zeigt sich eine vielgestaltigere, schwerere Symptomatik, die über die in der ICD-10 für die PTBS beschriebene Symptomatik hinausgeht. Dieses komplexe Beschwerdebild wird mit lange anhaltenden und durch Menschen herbeigeführten Traumatisierungen, sogenannten interpersonellen Typ-II-Traumatisierungen (siehe Tabelle 1.2 auf Seite 12), wie wiederholter Folter oder langjährigem sexuellen Missbrauch in der Kindheit in Verbindung gebracht (Karam et al., 2014; Cloitre et al., 2009; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005).

Die Betroffenen leiden über die Symptome einer „einfachen“ PTBS hinaus vermehrt an affektiver Dysregulation und Impulskontrollstörungen, an Störungen des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit, an einer gestörten Selbstwahrnehmung, an Störungen in Sexualität und Beziehungsgestaltung sowie an spezifisch veränderten Wertvorstellungen (Cloitre, Garvert, Brewin,

Kriterium	Erläuterung
A. Traumakriterium	Die betroffene Person war einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
B. Intrusionen	Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
C. Vermeidung	Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.
D. Entweder Amnesie oder Übererregung	Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern oder anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei oder mehr der folgenden Merkmale: <ul style="list-style-type: none"> a Ein- und Durchschlafstörungen b Reizbarkeit oder Wutausbrüche c Konzentrationsschwierigkeiten d Hypervigilanz e erhöhte Schreckhaftigkeit
E. Zeitkriterium	Die Kriterien B., C. und D. treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf.

Tabelle 1.1: Die diagnostischen Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung gemäß ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2010)

	<i>Typ-I Trauma (Monotrauma)</i>	<i>Typ-II Trauma (Multiple Trauma- ta)</i>	<i>Krankheitsbedingte Trau- mata</i>
<i>Akzidentelle Trau- mata</i>	schwerer Verkehrsunfall, kurz dauernde Naturkatastrophe (Brand, Wirbelsturm), berufsbedingte Traumen (Feuerwehr, Rettungskräfte)	lang dauernde Naturkatastrophe (Erdbeben mit Serie von Nachbeben, Überschwemmung), technische Katastrophen mit anhaltenden Folgen (Giftgaskatastrophe, Fukushima)	akute oder chronische lebensgefährliche Erkrankungen
<i>Interpersonelle Traumata</i>	sexuelle Übergriffe, körperliche Gewalt, ziviles Gewalterleben (z.B. Überfall)	sexueller und körperlicher Missbrauch in der Kindheit, Kriegserleben, Geiselhaft, Folter	Komplizierter Behandlungsverlauf nach angenommenem Behandlungsfehler

Tabelle 1.2: Schema der Einteilung traumatischer Ereignisse nach Verursachung und Ereignistyp in Anlehnung an Maercker und Frommberger (2012)

Bryant & Maercker, 2013; van der Kolk et al., 2005; Pelcovitz et al., 1997; Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk & Mandel, 1997; Zlotnick et al., 1996; Herman, 1992). Sie haben stärker ausgeprägte dissoziative Symptome, mehr somatoforme Beschwerden und ein negativeres Körperbild (Kleindienst et al., 2014; Dyer et al., 2012; Sack, Boroske-Leiner & Lahmann, 2010; van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2005; North, 2002). Überzufällig häufig bestehen komorbid Körperschema- und Essstörungen (Dyer, Bublatzky & Alpers, 2015; Chen et al., 2010; Mantero & Crippa, 2002; Kenardy & Ball, 1998; Zlotnick et al., 1996). Oftmals dient der eigene Körper sogar als direkter Auslösereiz für emotionales Leid (Borgmann, Kleindienst, Vocks & Dyer, 2014). Die Schwere der Essstörung wird bei PatientInnen mit komplexen Traumafolgestörungen durch das Ausmaß der Emotionsregulationsstörung sowie das Ausmaß der dissoziativen Symptomatik beeinflusst (Moulton, Newman, Power, Swanson & Day, 2015). Neben für die PTBS typischen Gefühlen der Furcht und Angst sind nach wiederholten und von Menschen verursach-

ten Traumatisierungen in der Kindheit meist auch Gefühle der Schuld, der Scham, der Trauer, der Wut, des Misstrauens und des Selbsthasses festzustellen, Selbstvertrauen und Selbstachtung sind gering ausgeprägt (Borgmann et al., 2014; Coyle, Karatzias & Power, 2014; McHugh, Forbes, Bates, Hopwood & Creamer, 2012; Lanius, Frewen, Vermetten & Yehuda, 2010; Harman & Lee, 2010; Rüsch et al., 2007; Kubany & Watson, 2003; Lee, Scragg & Turner, 2001; Dunmore, Clark & Ehlers, 1999; Kubany & Manke, 1995; Spaccarelli, 1994).

Multiple Traumata gehen darüber hinaus mit erhöhten Ausprägungen von Alexithymie, also Schwierigkeiten, Gefühle differenziert wahrnehmen und ausdrücken zu können, einher (Eichhorn, Brähler, Franz, Friedrich & Glaesmer, 2014; Grabe, Rainermann, Spitzer, Gänsicke & Freyberger, 2000). Die Mehrzahl der Opfer sexualisierter Gewalt entwickelt unabhängig von der Entwicklung einer PTBS ein Gefühl des Beschmutztseins, das mit intensivem Ekel, Übelkeit bis hin zum Erbrechen sowie einem gesteigerten Waschverhalten einhergehen kann (Coyle et al., 2014; Badour, Feldner, Babson, Blumenthal & Dutton, 2013; Rüsch et al., 2011; Fairbrother & Rachmann, 2004). Als direkte Folge entwickeln sich daraus häufig ein extremer Hass auf den eigenen Körper und Waschrituale, die zu einer Zwangsstörung generalisieren können (Jung, Dyer, Priebe, Stangier & Steil, 2011). Oft bestehen darüber hinaus chronische Suizidalität und nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (Favaro, Ferrara & Santonastaso, 2007; Low, Jones, MacLeod, Power & Duggan, 2000; Zlotnick et al., 1996; Shapiro, 1987). Selbstverletzendes Verhalten (SVV) stellt aller Wahrscheinlichkeit nach keine direkte Folge von Missbrauch und Misshandlungen dar, sondern ist ein Copingver-

such angesichts schwerer Störungen der Emotionsregulation (Muehlenkamp, Kerr, Bradley & Larsen, 2010; Low et al., 2000). Es dient unter anderem der Beendigung von Intrusionen und Flashbacks, der Selbstbestrafung sowie zur Regulation innerer Anspannung, dissoziativer Zustände, intensiver aversiver Gefühle oder des Gefühls innerer Leere. Meist liegen für selbstverletzendes Verhalten Kombinationen von Motiven vor (Sachsse & Herbold-Schaar, 2015; Franklin et al., 2013; Corrigan, Fisher & Nutt, 2011; Klonsky & Moyer, 2008; Weierich & Nock, 2008; Kleindienst et al., 2008; Connors, 1996). Abbildung 1.1 auf Seite 15 zeigt ein Erklärungsmodell selbstverletzenden Verhaltens vor dem Hintergrund posttraumatischer Symptomatik nach Schmahl und Stiglmayr (2008).

Häufig sind bei Menschen mit chronischer interpersoneller Traumatisierung in der Kindheit auch Medikamenten- und Alkoholmissbrauch sowie Drogenkonsum zu beobachten (Dube et al., 2003; Dube, Anda, Felitti, Edwards & Croft, 2002; Najavits, Weiss & Shaw, 1997). Opfer interpersoneller Gewalt in der Kindheit werden im Erwachsenenalter überzufällig häufig durch aggressives und antisoziales Verhalten auffällig (Elklit, Karstoft, Armour, Feddern & Christoffersen, 2013; Ardino, 2012). In der Kindheit körperlich misshandelte und vernachlässigte Männer weisen darüber hinaus eine erhöhte Wahrscheinlichkeit auf, ein Sexualverbrechen zu begehen (Widom & Massey, 2015). Zudem zeigt sich bei Menschen mit multiplen Traumata in der Kindheit eine signifikant schlechtere Adhärenz in der Behandlung komorbider somatischer Erkrankungen als in der Normalbevölkerung (Samuels, Khalife, Alfonso, Alvarez & Cohen, 2011).

Opfer sexualisierter Gewalt in der Kindheit leiden häufig unter sexuellen

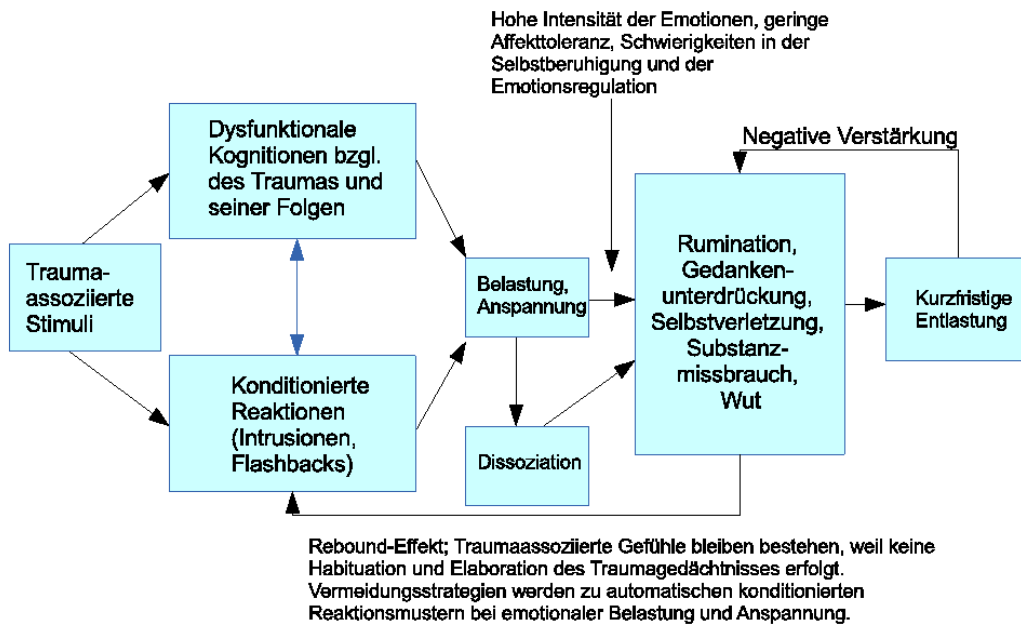


Abbildung 1.1: Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten dient vor dem Hintergrund einer PTBS unter anderem zur Regulation von Flashbacks, Intrusionen, dissoziativen Zuständen, Anspannung und überflutenden Gefühlen. Abbildung adaptiert nach Schmahl & Stiglmayr (2008).

Störungen, neigen zu riskantem Sexualverhalten und sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, später erneut traumatisiert zu werden (Büttner, Dulz, Sachse, Overkamp & Sack, 2014; Banducci, Hoffman, Lejuez & Koenen, 2014; Messman-Moore, Walsh & DiLillo, 2010; Classen, Palesh & Aggarwal, 2005; DePrince, 2005; Hillis, Anda, Felitti & Marchbanks, 2001). Besonders hoch ist die Gefahr einer Reviktimisierung bei jenen Menschen, die nach Traumatisierung in der Kindheit wenig soziale Unterstützung erhalten (Brenner & Ben-Amitay, 2015). Retraumatisierungen, anhaltender Stress sowie das Vorliegen von Kindheits- und Kriegstraumatisierungen gelten darüber hinaus als Prädiktoren einer verstärkten Chronifizierung psychischer Beschwerden (Lapiz-Bluhm & Peterson, 2014).

Ein hoher Anteil des subjektiven Leidensdruckes der Betroffenen resultiert zudem aus ausgeprägten interpersonellen Schwierigkeiten, darunter einer intensiven Angst vor Beziehungen (Dorahy et al., 2015; Taft, Watkins, Stafford & Street, 2011; Jepsen, Svagaard, Thelle, McCullough & Martinsen, 2009; Cloitre, Miranda, Stovall-McClough & Han, 2005; Zlotnick et al., 2003). Im Gegensatz zum Ostrazismus und der Angst vor dem Verlassenwerden bei PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung finden sich bei PatientInnen mit PTBS nach interpersonellem Typ-II-Trauma zumeist Misstrauen und Angst, erneut missbraucht zu werden (Ford & Courtois, 2014; Lis & Bohus, 2013).

Für diese spezifische und besonders schwere Form der PTBS führte Judith Herman (1992) den Begriff der „komplexen PTBS“ (kPTBS) ein. Der Begriff der komplexen PTBS wird nicht einheitlich verwendet (Resick et al., 2012). Häufig wird jedoch auf die Kriterien der Disorder of Extreme Stress

Kriterium	Erläuterung
1. Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen	Stimmungsschwankungen mit Unfähigkeit, sich selbst zu beruhigen; Verminderte Steuerungsfähigkeit von aggressiven Impulsen; Autodestruktive Handlungen und Selbstverletzen; Suizidalität; Störungen der Sexualität; Exzessives Risikoverhalten
2. Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins	Amnesien; Dissoziative Episoden und Depersonalisation;
3. Störungen der Selbstwahrnehmung	Unzureichende Selbstfürsorge; Gefühl, dauerhaft zerstört zu sein; Schuldgefühle; Scham; Gefühl, isoliert und abgeschnitten von der Umwelt zu sein; Bagatellisieren von gefährlichen Situationen;
4. Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen	Unfähigkeit zu vertrauen; Reviktivimierungen; Viktimisierung anderer Menschen
5. Somatisierung	Somatoforme Symptome; Hypochondrische Ängste;
6. Veränderung von Lebenseinstellungen	Fehlende Zukunftsperspektive; Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen und Werten;

Tabelle 1.3: Die diagnostischen Kriterien der Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS) gemäß Pelcovitz et al. (1997)

Not Otherwise Specified (DESNOS) nach Pelcovitz et al. (1997) Bezug genommen (Kriterien siehe Tabelle 1.3 auf Seite 17). In neueren Studien wird die komplexe PTBS auch als gleichzeitiges Vorliegen einer klassischen PTBS sowie einer DESNOS konzeptualisiert (Dorrepaal et al., 2014). Die Punktprävalenz der kPTBS wird auf etwa 0.6%–1% geschätzt (Wolf et al., 2014; Ford, Stockton, Kaltman & Green, 2006). Die klinische Bedeutung der Diagnose einer komplexen PTBS konnte zuletzt von Cloitre et al. (2013), Elklit, Hyland und Shevlin (2014) und der Arbeitsgruppe um Lueger-Schuster (Knefel, Garvert, Cloitre & Lueger-Schuster, 2015; Knefel & Lueger-Schuster, 2013) mittels latenter Klassenanalysen und konfirmatorischer Faktorenanalysen empirisch belegt werden. Da die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung sich auch im Rahmen der field trials für die ICD–11 als hilfreich und sinnvoll erwiesen hat, wird sie in der ICD-11 enthalten sein (Cloitre, 2015; Keeley, 2014; Maercker et al., 2013).

In den USA wurde mit der Schaffung der Diagnose eines dissoziativen Subtyps der PTBS ein anderer Weg beschritten, die Gruppe der besonders belasteten PTBS-PatientInnen diagnostisch zu beschreiben (American Psychiatric Association, 2013). Die Diagnose des dissoziativen Subtyps wird wie auch jene der komplexen PTBS mit schwerer Gewalt und sexuellem Missbrauch in der Kindheit in Verbindung gebracht (Ginzburg et al., 2006).

1.1.2 Posttraumatische Belastungsstörung und Borderline–Persönlichkeitsstörung

Die Borderline–Persönlichkeitsstörung ist eine schwere Störung der Emotionsregulation, der Impulskontrolle, der Beziehungsfähigkeit sowie des Selbst-

Kriterium	Erläuterung
A.	Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.
B.	Mindestens drei Kriterien aus: <ol style="list-style-type: none"> 1. Deutliche Tendenz unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln 2. Deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden 3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens 4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden 5. unbeständige und launische Stimmung <p>Sowie mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller) 2. Neigung sich auf intensive aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen 3. Übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden 4. Wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung 5. Anhaltende Gefühle von Leere

Tabelle 1.4: Die diagnostischen Kriterien der Emotional Instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ gemäß ICD-10 (Dilling und Freyberger, 2010)

bildes und betrifft etwa 1-2% der Allgemeinbevölkerung (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004). Die Kriterien gemäß ICD-10 können Tabelle 1.4 auf Seite 19 entnommen werden.

Wiederholt wurde auf das Näheverhältnis des Störungsbildes der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung zur Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) hingewiesen (z.B. Yen et al., 2002; Driessen et al., 2002). In einer Multicenterstudie von Sack, Sachsse, Overkamp und Dulz (2013) ließ sich zeigen, dass 79% der BPS-PatientInnen die diagnostischen Kriterien für eine PTBS und 55% die Kriterien für eine komplexe PTBS erfüllen. Zanarini et al. (1998) berichten, dass 61% der weiblichen und 35% der männlichen Borderline-PatientInnen eine PTBS aufweisen. Umgekehrt weisen 22% bis 76% der PatientInnen mit PTBS eine komorbide BPS auf (Scheiderer, Wood & Trull, 2015; Frías & Palma, 2015; Cloitre et al., 2013; Pagura et al., 2010; Shea, Zlotnick & Weisberg, 1999; Southwick, Yehuda & Giller Jr, 1993). Auch bestehen große Ähnlichkeiten der Affektregulationsstörungen im Rahmen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Santangelo et al., 2014). Gleichzeitig handelt es sich bei den Störungen um empirisch von einander abgrenzbare, eigenständige nosologische Entitäten (Frías & Palma, 2015; Ford & Courtois, 2014; Cloitre, Garvert, Weiss, Carlson & Bryant, 2014). Das komorbide Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung geht bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit einer höheren Prävalenz von wiederholten Kindheitstraumatisierungen, Suizidversuchen, Hospitalisierung, einem niedrigeren Funktionsniveau und weiteren komorbiden psychischen Störungen einher (Pagura et al., 2010; Zlotnick et al., 2003). PatientInnen mit Borderline-

Persönlichkeitsstörung und PTBS weisen gegenüber PatientInnen mit Borderline–Persönlichkeitsstörung ohne komorbide PTBS rechts- und linkshemisphärisch signifikant geringere Hippocampusvolumina auf (Rodrigues et al., 2011). Sie zeigen häufigere Selbstverletzungen, neigen stärker zu selbstverletzendem Verhalten, haben eine ausgeprägtere Störung der Emotionsregulation und zeigen eine stärkere Unterdrückung von Ärger als Borderline–PatientInnen ohne PTBS (Harned, Rizvi & Linehan, 2010). Die für die Behandlung der BPS hochwirksame Dialektisch-Behaviorale Therapie (Linehan, 1993) ist bei komorbider PTBS weniger wirksam¹. Borderline–PatientInnen mit komorbider PTBS haben eine geringere Wahrscheinlichkeit im Rahmen der Dialektisch–Behavioralen Therapie hinsichtlich ihrer Borderline–Störung zu remittieren und remittieren in nur 35% der Fälle hinsichtlich ihrer PTBS (Barnicot & Priebe, 2013; Harned & Linehan, 2008; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk, 2006). Ergebnisse von Feeny, Zoellner und Foa (2002) deuten darauf hin, dass auch PatientInnen mit PTBS und Borderline-Charakteristika weniger von Prolonged Exposure, einer Form der traumafokussierten Verhaltenstherapie, profitieren als PTBS–PatientInnen ohne Borderline-Symptome.

¹Aktuelle Forschungsergebnisse zu traumaspezifischen Adaptionen der ursprünglichen Dialektisch–Behavioralen Therapie wie DBT–PTBS und DBT–PE werden im Kapitel zur Psychotherapie komplexer Traumafolgestörungen näher beschrieben.

1.1.3 Posttraumatische Belastungsstörung und Dissoziative Störungen

Dissoziation bezeichnet gemäß dem Diagnostischen und Statistischen Manual IV der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) eine Unterbrechung der integrativen Funktionen des Bewusstseins, der Wahrnehmung, des Gedächtnisses oder der Identität. Dissoziative Symptome spielen eine bedeutende Rolle bei einer Vielzahl von psychischen Störungen, darunter der Panikstörung und der Zwangsstörung (Sar, 2011; Maier, Kuelz & Voderholzer, 2009). Besondere Bedeutung kommt dissoziativen Symptomen bei den dissoziativen Störungen, der Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie der Posttraumatischen Belastungsstörung zu (Priebe, Schmahl & Stiglmayr, 2013; Korzekwa, Dell, Links, Thabane & Fougere, 2009; van der Hart et al., 2005; Janet, 1889). Mit Lebenszeitprävalenzen von etwa 10% in klinischen Populationen stellen dissoziative Störungen ein bedeutsames und oftmals vernachlässigtes klinisches Problem dar (Sar, 2011; Gast, Rodewald, Kersting & Emrich, 2001). Eine Übersicht über die Klassifikation dissoziativer Störungen in der ICD-10 ist in Tabelle 1.5 auf Seite 25 zu finden.

Kommt es peritraumatisch zu Dissoziation, wird die Integration von Wahrnehmungsinhalten, Kognitionen und Emotionen in das deklarative Gedächtnis empfindlich gestört. Da Menschen mit PTBS bei Konfrontation mit diskriminativen Reizen mit Bezug zu ihrem traumatischen Ereignis typischerweise ihre ursprüngliche Reaktion auf dieses Ereignis wiederholen, stellt peritraumatische Dissoziation einen der wichtigsten Prädiktoren für die spätere Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung und dissoziativer Symptome

dar (Bryant et al., 2011; Schauer & Elbert, 2010; Breh & Seidler, 2007; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003). Vermeidung und negative Verstärkungsprozesse halten dissoziative Symptome aufrecht, da diese im Sinne einer „experiential avoidance“ eine effektive Flucht vor überwältigenden Gefühlen und Schmerz bieten (Marx & Sloan, 2005; Staddon & Cerutti, 2003; Mowrer, 1951). Der Zusammenhang zwischen der Belastung durch Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung und dissoziativen Symptomen wird maßgeblich durch die Fertigkeiten der betroffenen Person, Emotionen effektiv zu regulieren (Powers, Cross, Fani & Bradley, 2015; Brand & Lanius, 2014), mediiert. Eigenständige dissoziative Störungen wie dissoziative Trance- und Besessenheitszustände, dissoziative Krampfanfälle oder dissoziative Amnesien werden zumeist mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit in Verbindung gebracht (Priebe et al., 2013). Insbesondere sexueller Missbrauch, emotionaler Missbrauch, Vernachlässigung und Bindungsstörungen stellen bedeutende ätiologische Faktoren für die Genese dissoziativer Störungen dar (Priebe et al., 2013; Dalenberg et al., 2012; Draijer & Langeland, 1999). Sar (2011) berichtet in einer Übersichtsarbeit für Stichproben dissoziativer PatientInnen Prävalenzraten von 57-90% für sexuellen Missbrauch, 56% für emotionalen Missbrauch, 63-84% für physische Gewalt sowie 63% für Vernachlässigung. Umso schwerer, chronischer und früher Traumatisierungen in der Biographie auftraten, desto schwerer ist die Ausprägung dissoziativer Symptome im Erwachsenenalter (Neumann, Houskamp, Pollock & Briere, 1996). Das höchste Ausmaß an Dissoziation findet sich bei der Dissoziativen Identitätsstörung („Multiple Persönlichkeitsstörung“). Die Diagnose galt lange als umstritten und wurde von Vertretern des soziokognitiven Modells als soziokulturelles

Artefakt mit iatrogener Ätiopathogenese beschrieben (Boysen & Van Bergen, 2013; Merckelbach & Muris, 2001; Spanos, 1994). Mittlerweile besteht jedoch zunehmende Evidenz dafür, dass es sich bei der Dissoziativen Identitätsstörung nicht um ein kulturelles Phänomen, sondern um eine schwere psychische Störung mit Traumaätiologie und konzeptioneller Nähe zur Posttraumatischen Belastungsstörung handelt (Dorahy et al., 2014; Chalavi et al., 2015; Dalenberg et al., 2012; Reinders, Willemsen & Vos, 2012; Bremner, 2010; Rogers, Payne, Correa, Gillard & Ross, 2009; Brand, McNary, Loewenstein, Kolos & Barr, 2006; Dell, 2006). Validitätsprobleme der Diagnose sind zumindest teilweise auf Charakteristika des Störungsbildes im Sinne einer vielgestaltigen, oftmals verwirrenden Symptomatik und starken Überlappungen mit anderen Störungsbildern wie der posttraumatischen Belastungsstörung oder der Borderline-Persönlichkeitsstörung zurückzuführen (Priebe et al., 2013; Gleaves, May & Cardena, 2001). So geht die Dissoziative Identitätsstörung mit einer Vielzahl psychotischer, dissoziativer, ängstlicher, depressiver und für die Borderline-Persönlichkeitsstörung typischer Symptome wie z.B. nichtsuizidalem selbstverletzenden Verhalten einher (Dorahy et al., 2014; Rodewald, Wilhelm-Göbbling, Emrich, Reddemann & Gast, 2011; Dell, 2006, 2002; Ross et al., 1990; Kluft, 1987). Für die Dissoziative Identitätsstörung werden Prävalenzraten von 0.4–3.1% in der Normalbevölkerung und 1–6% in klinischen Stichproben berichtet (Rodewald et al., 2011; Sar, 2011). Von der Dissoziativen Identitätsstörung können im DSM-IV die Dissociative Disorder Not Otherwise Specified (DDNOS, type 1) und im DSM-V die Other Specified Dissociative Disorder (OSDD, type 1) unterschieden werden, die ebenfalls als „komplexe dissoziative Störungen“ gelten, und die

Code	Kriterien	Erläuterung
F44.0	Dissoziative Amnesie	Partielle oder vollständige Amnesie für kürzliche traumatisierende oder belastende Ereignisse
F44.1	Dissoziative Fugue	Kennzeichen der dissoziativen Amnesie und zielgerichtete Ortsveränderung über den üblichen täglichen Aktionsbereich hinaus
F44.2	Dissoziativer Stupor	Fehlen willkürlicher Bewegungen und normaler Reaktionen auf äußere Reize
F44.3	Trance- und Besessenheitszustände	Zeitweiliger Verlust der persönlichen Identität und der vollständigen Wahrnehmung der Umgebung
F44.4	Dissoziative Bewegungsstörung	Kompletter oder teilweiser Verlust der Bewegungsfähigkeit (betrifft Bewegungen, die normalerweise der willkürlichen Kontrolle unterliegen) oder verschiedene oder wechselnde Grade von Koordinationsstörungen, Ataxie oder Unfähigkeit, ohne Hilfe zu stehen.
F44.5	Dissoziative Krampfanfälle	Plötzliche und unerwartete krampfartige Bewegungen, die sehr an verschiedene Formen epileptischer Anfälle erinnern, aber nicht mit einem Bewußtseinsverlust einhergehen.
F44.6	Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindlichkeitsstörungen	Teilweiser oder vollständiger Verlust einer oder aller normaler Hautempfindungen an Körperteilen oder am ganzen Körper oder teilweiser oder vollständiger Seh-, Hör- oder Riechverlust.
F44.7	Dissoziative Störungen, gemischt	Kombinationen der oben näher bezeichneten Störungen (F44.0 - F44.6)
F44.8	Sonstige dissoziative Störungen	
F44.80	Ganser Syndrom	Vorbeiantworten
F44.81	Multiple Persönlichkeitsstörung (Dissoziative Identitätsstörung)	Zwei oder mehr unterschiedliche Persönlichkeiten innerhalb eines Individuums, von denen zu einem bestimmten Zeitpunkt jeweils nur eine nachweisbar ist. Nicht bedingt durch eine organische psychische Störung oder durch psychotrope Substanzen.
F44.9	Nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen	Keine Kriterien
F48.1	Depersonalisations- und Derealisationssyndrom	Depersonalisation: Die Betroffenen klagen über ein Gefühl von entfernt sein, von „nicht richtig hier“ sein. Derealisation: Die Betroffenen klagen über ein Gefühl der Unwirklichkeit.

Tabelle 1.5: Dissoziative Störungen im ICD–10 (Dilling & Freyberger, 2010)

dadurch gekennzeichnet sind, dass das Amnesiekriterium der Dissoziativen Identitätsstörung nicht erfüllt ist (Typ 1b) oder keine eindeutig abgrenzbaren Teilpersönlichkeitsanteile vorliegen (Typ 1a) (Dorahy et al., 2014; American Psychiatric Association, 2013; Sar & Ozturk, 2008; Gast et al., 2001; Loewenstein, 1991). In der Diagnostik der komplexen dissoziativen Störungen werden zumeist die gegenüber ICD-10 und DSM-V deutlich klarer operationalisierten Kriterien nach Dell (2006, 2002, 2001) verwendet. Diese Kriterien sind Abbildung 1.2 auf Seite 27 zu entnehmen.

Sowohl die Dissoziative Identitätsstörung als auch die Dissociative Disorder Not Otherwise Specified sind durch eine hohe Anzahl von komorbiden psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen gekennzeichnet (Priebe et al., 2013). Die komplexen dissoziativen Störungen gelten als differentialdiagnostisch schwer von Persönlichkeitsstörungen aus dem B-Cluster² abzugrenzen und gehen oftmals mit einer komorbiden Borderline-Persönlichkeitsstörung einher (Brand & Lanius, 2014; Ross, Ferrell & Schroeder, 2014; Boos & Draijer, 1993). Auch für die antisoziale und die histrionische Persönlichkeitsstörung werden Komorbiditätsraten von bis zu 50% berichtet (Overkamp, Hofmann, Huber & Dammann, 1997).

Mit Hilfe leitlinienkonformer Psychotherapie (Einsatz störungsspezifischer strukturierter Interviews zur Diagnostik, strikte Vermeidung der Schaffung neuer dissoziierter Identitäten und Ziel einer Integration der Persönlichkeit) kann das Ausmaß pathologischer Dissoziation bei PatientInnen mit Dissoziativer Identitätsstörung signifikant reduziert werden (Brand & Loewenstein,

²Das B-Cluster der Persönlichkeitsstörungen umfasst die antisoziale, die histrionische, die narzisstische und die Borderline-Persönlichkeitsstörung (Saß et al., 1996).

Durchgängiges Muster dissoziativen Funktionierens mit folgenden Symptomen:

- **A** dissoziative Symptome des Gedächtnisses und der Wahrnehmung (mind. 4/6)
 - Gedächtnisprobleme, auffällige Erinnerungslücken
 - Depersonalisation
 - Derealisation
 - Flashback-Erleben (Nachhall-Erinnerungen von traumatischen Erfahrungen)
 - Somatoforme Dissoziation (somatoforme oder pseudoneurologische Symptome, dissoziative Bewegungs- oder Empfindungsstörungen)
 - Trancezustände
- **B** Anzeichen für die Manifestation teilweise abgespaltener Selbstzustände (6/11)
 - Hören von Kinderstimmen (Lokalisation im Kopf)
 - Innere Dialoge oder Streitgespräche
 - Herabsetzende oder bedrohende innere Stimmen
 - Teilweise dissoziiertes (zeitweise als nicht zu sich gehörig erlebtes) Sprechen
 - Teildissoziierte Gedanken: eingegebene, sich aufdrängende Gedanken, auch Gedankenentzug
 - Teildissoziierte Emotionen: Gefühle werden als aufgedrängt oder eingegeben erlebt
 - Teilweise dissoziiertes Verhalten: Handlungen werden als nicht unter der eigenen Kontrolle erlebt
 - Zeitweise nicht zu sich gehörig erlebte Fertigkeiten oder Fähigkeiten: Plötzlicher Wechsel im Funktionsniveau: „Vergessen“, wie man Auto fährt, Computer bedient etc.
 - Irritierende Erfahrungen von verändertem Identitätserleben
 - Unsicherheit über die eigenen Identität (aufgrund wiederholter ich-fremder Gedanken, Einstellungen, Verhaltensweisen, Emotionen, Fertigkeiten etc.)
 - Vorhandensein teildissoziierter Selbstzustände: In der Untersuchungssituation tritt teildissoziierter Selbstzustand direkt auf, der angibt, nicht die zu untersuchende Primärperson zu sein, anschließend jedoch keine Amnesie der Primärperson
- **C** Anzeichen für objektive und subjektive Manifestationen vollständig abgespaltenen Selbstzustände (mind. 2)
 - Wiederholte Amnesien für das eigene Verhalten: lückenhaftes Zeiterleben
 - Nicht erinnerbares Verhalten:
 - * Rückmeldung von Anderen über eigenes Verhalten, an das man sich nicht erinnern kann
 - * Dinge in seinem eigenen Besitz finden, an deren Erwerb man sich nicht erinnern kann
 - * Notizen oder Zeichnungen von sich finden, an deren Anfertigung man sich nicht erinnern kann
 - * Hinweise für kürzlich ausgeführte Handlungen, an die man sich nicht erinnern kann
 - * Entdecken von Selbstverletzungen oder Suizidversuchen, an die man sich nicht erinnern kann
 - Vorhandensein volldissoziierter Selbstzustände (mit Amnesie)

Abbildung 1.2: Die Kriterien der Dissoziativen Identitätsstörung (Kriterien A, B und C) bzw. der DDNOS (Kriterien A und B) nach Dell (2006, 2002, 2001). Abbildung in Anlehnung an Gast et al. (2006)

2014; Chu, 2005; Draijer & Boon, 1999). Die Dialektisch-Behaviorale Therapie, Interventionen der kognitiven Verhaltenstherapie, psychodynamische Psychotherapie, Hypnotherapie und EMDR stellen bedeutsame Bausteine in der oftmals eklektischen Therapie der Dissoziativen Identitätsstörung dar (Chu, 2005). Auch aus der Theorie der Strukturellen Dissoziation (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006; Steele, van Der Hart & Nijenhuis, 2005) wurden therapeutische Konzepte für die Dissoziative Identitätsstörung abgeleitet. Es liegen jedoch für keines der genannten psychotherapeutischen Verfahren ausreichende Wirksamkeitsbelege für die Behandlung der dissoziativen Identitätsstörung und der DDNOS vor.

1.1.4 Psychotherapie komplexer Traumafolgestörungen

Forschungsstand

Derzeit liegt kein etabliertes, ausreichend evaluiertes Behandlungskonzept für die komplexe posttraumatische Belastungsstörung vor. In vielen Studien wird nicht zwischen PTBS und komplexer PTBS unterschieden und spezifische Symptome der komplexen PTBS wie affektive Dysregulation, selbstverletzendes Verhalten, chronische Suizidalität und Beziehungsstörungen werden oftmals überhaupt nicht erfasst (Cloitre, Cohen & Koenen, 2014). Auch werden PatientInnen mit kPTBS aufgrund der Schwere ihrer Symptome, ihrer häufigen Suizidalität und ihrer zahlreichen komorbiden Störungen häufig aus Studien zur Wirksamkeit traumafokussierter Psychotherapie ausgeschlossen (Spinazzola, Blaustein & van der Kolk, 2005). So zeigen sich selbst in einer Metaanalyse zur Psychotherapie der PTBS nach sexuellem Missbrauch in der

Kindheit Ausschlussraten von 71% für Suizidalität sowie von 57% für das Vorliegen einer Dissoziativen Identitätsstörung (Dorrepal et al., 2014). Auch PatientInnen mit komorbiden Essstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Substanzmissbrauch, schwerer Depression, selbstverletzendem Verhalten, schizotypen und wahnhaften Symptomen oder anhaltenden Erfahrungen körperlicher oder sexualisierter Gewalt werden in Studien zur Wirksamkeit der Psychotherapie von Posttraumatischen Belastungsstörungen oftmals ausgeschlossen (Harned & Korslund, 2015; Dorrepal et al., 2014).

Werden PatientInnen mit komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen in Studien zur Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen, die zur Therapie der adulten PTBS nach Monotrauma entwickelt wurden, nicht im Vorhinein ausgeschlossen, dann zeigen sich ein schlechteres Ansprechen auf die Therapie, hohe Nonresponse-Raten, Symptomverschlechterungen und je nach Stichprobe Abbruchraten von 30% bis 100% (Gutner, Gallagher, Baker, Sloan & Resick, 2015; Frías & Palma, 2015; Schnurr et al., 2015; Schilling, Weidner, Schellong, Joraschky & Pöhlmann, 2014; Ehlers et al., 2013; Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2009; Schottenbauer, Glass, Arnkoff, Tendick & Gray, 2008; Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe, 2008; Schnurr et al., 2007; McDonagh et al., 2005; Resick, Nishith, Weaver, Astin & Feuer, 2002; Feeny et al., 2002; Ford & Kidd, 1998).

In naturalistischen Settings liegen die Abbruchraten der entsprechenden Therapieprogramme noch deutlich höher (Zayfert et al., 2005). Unter anderem werden in Studien zur Wirksamkeit von EMDR und traumafokussierter kognitiver Verhaltenstherapie die Zahl der Komorbiditäten, Vermeidung, Depression, Hyperarousal, ein geringes soziales Funktionsniveau, die komorbide

Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS), ein geringes Selbstwirksamkeitserleben, Angst, Wut, Schuld, die Schwere der PTBS, anhaltender Alltagsstress, die Unfähigkeit, ein kohärentes Narrativ des Traumas zu entwickeln, das Gefühl dauerhaften Zerstörtseins, der Missbrauch von Benzodiazepinen, Alkoholkonsum und Dissoziation mit Nonresponse und Therapieabbrüchen in Verbindung gebracht (Cloitre, 2015; Bae, Kim & Park, 2015; Price, Kearns, Houry & Rothbaum, 2014; Stein, Dickstein, Schuster, Litz & Resick, 2012; Kleindienst et al., 2011; Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe, 2007a; Zayfert et al., 2005; van Minnen, Arntz & Keijsers, 2002; Taylor, Fedoroff & Koch, 1999; Ehlers et al., 1998; Foa, Cashman, Jaycox & Perry, 1997; Foa, Riggs, Massie & Yarczower, 1995). Neben dem Vorliegen von komorbiden Störungen kann auch eine ausgeprägte Chronifizierung die Effektivität der etablierten Therapieverfahren zur Behandlung der PTBS beeinträchtigen (Ruscio & Holohan, 2006). So wird deutlich, dass Forschungsergebnisse in Bezug auf die PTBS nicht auf Populationen mit komplexen Traumafolgestörungen übertragbar sind. Etablierte Verfahren der traumafokussierten Psychotherapie (EMDR, traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie) sind bei komplexen klinischen Problemen (Komorbiditäten, Chronifizierung) anders als bei Fällen von PTBS nach akzidentellem Monotrauma einem unspezifischen Vorgehen im Sinne typischer Kontrollbedingungen wie Entspannungsverfahren oder supportiver Therapie nicht signifikant überlegen (Gerger, Munder & Barth, 2014). Daher müssen dringend neue Behandlungsprogramme entwickelt und in naturalistischen Settings evaluiert werden (Cloitre, 2015).

Bedeutung einer Traumakonfrontation bei komplexen Traumafolgestörungen

Als Konsequenz aus den oben berichteten Schwierigkeiten, besonders schwer belasteten PTBS-PatientInnen eine wirksame Therapie zu ermöglichen, entwickelten unterschiedliche Arbeitsgruppen Therapieansätze, die auf eine Stabilisierung abzielen (z.B. Dorrepaal et al., 2012; van der Hart, 2012; Reddemann, 2011). Bei einem schonenden, auf Stabilisierung ausgerichteten Vorgehen liegen die Abbruchraten häufig niedriger als bei stark auf Traumakonfrontation fokussierten Behandlungsprogrammen (Dorrepaal et al., 2014, 2012; Lampe, Mitmansgruber, Gast, Schüssler & Reddemann, 2008; Schnurr et al., 2007; Hembree et al., 2003). Die Hinauszögerung der Traumakonfrontation ist jedoch kritisch zu sehen, da es in den seltensten Fällen zu der für einen späteren Zeitraum angestrebten Traumakonfrontation kommt (Priebe et al., 2012; Dorrepaal et al., 2012; Neuner, 2008). So konnten Rosner, Henkel, Ginkel und Mestel (2010) zeigen, dass es bei 147 sexuell traumatisierten Frauen nach einem stationären Aufenthalt zur Stabilisierung in nur 13% der Fälle zu einem späteren Zeitpunkt zu einer Traumakonfrontation kam. Somit wird in der deutschen Versorgungslandschaft mit Traumakonfrontation oftmals auf ein Behandlungselement verzichtet, das Behandlungen nachweislich wirksamer macht (Ehlers et al., 2010; Bisson et al., 2007; Bradley et al., 2005) und das in allen bedeutenden Leitlinien empfohlen wird (Flatten et al., 2011; Stein et al., 2009; Foa et al., 2009; Forbes et al., 2007; National Institute for Clinical Excellence, 2005). Auch fanden weder Dorrepaal et al. (2012) noch Lampe et al. (Lampe, Barbist, Gast, Reddemann & Schüßler, 2014; Lampe et al., 2008) für ihre primär auf Stabilisierung ausgerichteten Be-

handlungsprogramme eine signifikante Überlegenheit in der Reduktion von Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung und/oder der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung gegenüber Treatment as usual (Priebe et al., 2012).

Häufig verzichten TherapeutInnen zugunsten einer Stabilisierung auf Traumakonfrontation, da sie über keine Ausbildung in traumakonfrontativen Verfahren verfügen oder befürchten, ihre PatientInnen zu retraumatisieren und Symptomexazerbationen und Behandlungsabbrüche zu provozieren (Wilms, Broda, Dinger-Broda & Köllner, 2014; Ruzek et al., 2014; Kröger, Kliem, Bayat Sarmadi & Kosfelder, 2010; Becker, Zayfert & Anderson, 2004; Rosen et al., 2004). Eine vorübergehende emotionale Belastung ist jedoch deutlich abzugrenzen vom Begriff der „Retraumatisierung“ (Schock, Rosner, Wenk-Ansohn & Knaevelsrud, 2010; van Minnen et al., 2002). Berichte über Symptomverschlechterungen und einer Zunahme von Depression, Panik und Alkoholkonsum durch Traumakonfrontation sind selten und inkonsistent (z.B. Tarrier et al., 1999; Pitman et al., 1991). Grundsätzlich darf Traumakonfrontation nicht nur als hochwirksames, sondern auch als sicheres Verfahren gelten (van Minnen, Harned, Zoellner & Mills, 2012; Cahill, Foa, Hembree & Marshall, 2006). In einer Reevaluation der Therapieverläufe von 361 Frauen mit PTBS, darunter auch einige Frauen mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit, fanden Jayawickreme et al. (2014) keinen Anhalt dafür, dass es unter Cognitive Processing Therapy, Prolonged Exposure oder EMDR zu signifikanten Zunahmen der PTBS-Symptomatik kommt. 2% der Patientinnen, die Traumakonfrontation erhielten, erlebten jedoch eine signifikante Verschlechterung ihrer depressiven Symptomatik. Keller, Feeny und Zo-

ellner (2014) konnten zeigen, dass vorübergehende Zunahmen der depressiven Belastung während traumafokussierter Therapie nicht mit schlechteren Behandlungsergebnissen einher gehen. Die Wahrscheinlichkeit für Suizidversuche lässt sich um den Faktor 1.4–2.4 reduzieren, wenn PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und PTBS nicht nur mittels Dialektisch-Behavioraler Therapie stabilisiert werden, sondern mittels Prolonged Exposure auch Traumakonfrontation erhalten (Harned, Korslund & Linehan, 2014). Auch hinsichtlich selbstverletzendem Verhalten zeigte sich die Bedingung mit DBT und Traumakonfrontation der Standard-DBT überlegen. In Studien zur traumakonfrontativen DBT-PTBS konnten keine Symptomverschlechterungen und insbesondere keine Verschlechterungen der Belastung durch nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten nachgewiesen werden (Krüger et al., 2014, 2014a). Auch profitierten PatientInnen mit selbstverletzendem Verhalten in vergleichbarem Maße von der Traumakonfrontation wie PatientInnen ohne selbstverletzendes Verhalten. Zunehmend finden sich sogar Belege dafür, dass Traumakonfrontation auch mit PatientInnen mit Psychose in der Anamnese sicher und erfolgreich durchzuführen ist (Laugharne, Marshall, Laugharne & Hassard, 2014; de Bont, van Minnen & de Jongh, 2013; van den Berg & van der Gaag, 2012).

Widersprüchlich erscheint die Datenlage bezüglich Behandlungsabbrüchen. So fanden Hembree et al. (2003) und Imel, Laska, Jakupcak und Simpson (2013) in ihren Metaanalysen keine höheren Abbruchraten bei traumafokussiertem Vorgehen, während Swift und Greenberg (2014) in ihrer Metaana-

lyse deutlich geringere Abbruchraten bei integrativen Behandlungsansätzen³ (Abbruchrate 8.8% [2.9%-23.7%]) gegenüber EMDR (16.9% [10.0%- 27.2%]) und Expositionstherapie (23.2% [19.3%-27.6%]) zeigen konnten. Hintergrund der widersprüchlichen Ergebnisse scheint auch die ausgeprägte Heterogenität der untersuchten Stichproben zu sein. Im Gegensatz zu PatientInnen mit adultem Monotrauma tolerieren PatientInnen mit interpersoneller Typ-II-Traumatisierung traumafokussiertes Vorgehen weniger gut und brechen eine entsprechende Behandlung eher ab (z.B. McDonagh et al., 2005; Ford & Kidd, 1998). So konnten Dorrepaal et al. (2014) mittels einer Meta-Analyse zeigen, dass PatientInnen mit komplexer PTBS⁴ hinsichtlich Behandlungsabbrüchen, Remission („recovery“) und allgemeiner Verbesserung signifikant mehr von Behandlungsprogrammen profitieren, die traumakonfrontative Elemente mit dem Aufbau von Affektregulationstechniken verbinden. Da amygdaloide, i.e. emotionale Lernprozesse während dissoziativer Zustände gehemmt werden, so dass keine Habituations- und Löschungsvorgänge stattfinden können, liegt es nahe, dass PatientInnen, die dissoziative Symptome nicht kontrollieren können, eingeschränkt von Traumakonfrontation profitieren (Price et al., 2014; Ebner-Priemer et al., 2009). Auch van Minnen et al. (2012) betonen die Bedeutung eines traumakonfrontativen Vorgehens, plädieren jedoch bei „schwerer Komorbidität“ für ein integratives Vorgehen. Zayfert et al. (2005) berichten in ihrer Studie, dass drei Viertel der Be-

³Integrative Ansätze wurden von den Autoren definiert als Behandlungsprogramme, die von ihren Autoren als integrativ bezeichnet werden oder die verschiedene Techniken in einem Ansatz integrieren.

⁴Dorrepaal et al. (2014) definieren die komplexe PTBS als das gleichzeitige Vorliegen einer PTBS sowie einer DESNOS gemäß DSM-IV-TR.

handlungsabbrüche in einem Zeitraum *vor* Beginn der Exposition erfolgten, während die Durchführung einer Traumakonfrontation mit einer höheren Wahrscheinlichkeit assoziiert war, die Behandlung mit dem gewünschten Ergebnis zu beenden. McDonagh et al. (2005) schildern, dass Behandlungsabbrüche in ihrer Studie zumeist zu Beginn der Exposition erfolgten. Entscheidend dafür, wie gut eine traumafokussierte Therapie toleriert wird und wie erfolgreich sie verläuft, scheint demnach auch zu sein, was in der Therapie *vor* der Traumakonfrontation geschieht. So konnten Cloitre, Chase Stovall-McClough, Miranda und Chemtob (2004) zeigen, dass die Qualität der zu Behandlungsbeginn etablierten therapeutischen Beziehung das Behandlungsergebnis einer traumakonfrontativen Therapie signifikant beeinflusst. Der Einfluss der Qualität der therapeutischen Beziehung auf das Behandlungsergebnis einer traumafokussierten Verhaltenstherapie war in ihrer Studie mit einer Effektstärke von .46 etwa doppelt so groß wie für andere psychische Störungen berichtet (Charuvastra & Cloitre, 2008). Die mittels Skills-Training verbesserte Emotionsregulation stellt einen bedeutsamen Mediator dieses Zusammenhangs dar (Cloitre et al., 2004). Ähnliche Befunde zur Bedeutung einer guten therapeutischen Beziehung liegen auch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung vor (Bedics, Atkins, Harned & Linehan, 2015).

Herausforderungen in der Entwicklung wirksamer Therapien komplexer Traumafolgestörungen

Die Herausforderung in der klinischen Praxis lautet folglich, PatientInnen mit komplexen Traumafolgestörungen eine Behandlung zu bieten, die sowohl die Schwere der Symptomatik als auch komorbide Störungen berücksichtigt, und die gleichzeitig eine Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen beinhaltet. Dazu ist es nötig, PatientInnen dabei zu unterstützen, zunächst jene Aspekte ihrer Symptomatik wirksam zu reduzieren, die wie Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten, Störungen der Emotionsregulation und Dissoziation eine Traumakonfrontation erschweren und die mit Behandlungsabbruch und Nonresponse assoziiert sind. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie mit ihren Interventionen zur Förderung der Achtsamkeit, der Stressregulation, des Selbstwertes und der Emotionsregulation (Linehan, 1993) erscheint besonders geeignet, dies zu leisten (Harned & Linehan, 2008; Becker & Zayfert, 2001). Unterschiedliche Arbeitsgruppen haben daher Skills-Trainings in Anlehnung an die Dialektisch-Behaviorale Therapie in ihre Behandlungskonzepte zur komplexen PTBS integriert (z.B. STAIR/NT nach Cloitre, Koenen, Cohen und Han (2002); DBT-PTSD nach Bohus, Dyer, Priebe, Krüger und Steil (2011); DBT-PE nach Harned, Korslund, Foa und Linehan (2012)).

Auch die Behandlungsprogramme für oftmals komplex traumatisierte PatientInnen mit Doppeldiagnose Sucht/PTBS von Julian D. Ford und Lisa M. Najavits beinhalten Skills-Trainings (Ford & Russo, 2006; Najavits, 2002). Das Therapiemanual COPE (Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure) sieht kein Skills-Training vor (Back et al., 2015). Es kann allerdings bei selbstverletzendem Verhalten oder

anhaltendem Missbrauch nicht durchgeführt werden und schließt besonders schwer betroffene PatientInnen somit im Vorhinein aus.

Erste Studien zu Behandlungsprogrammen mit Skills-Training und Exposition für komplex Traumatisierte konnten zeigen, dass die Programme gut durchführbar sind und dass Kombinationen eines Skills-Trainings mit Traumakonfrontation die Behandlungsergebnisse gegenüber einer reinen Traumakonfrontation signifikant verbessern (Harned et al., 2014; Bohus et al., 2013; Ford, Chang, Levine & Zhang, 2013; Harned et al., 2012; Steil, Dyer, Priebe, Kleindienst & Bohus, 2011; Ford, Steinberg & Zhang, 2011; Harned, Jackson, Comtois & Linehan, 2010; Cloitre, Petkova, Wang & Lu, 2012; Cloitre et al., 2010; Cohen & Hien, 2006; Cloitre et al., 2002; Wolfsdorf & Zlotnick, 2001; Najavits, Weiss, Shaw & Muenz, 1998).

In Kombination mit einer Phase zur Stabilisierung kann auch EMDR erfolgreich bei komplexer PTBS nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit und komorbider Borderline-Störung eingesetzt werden (Ehring & Ehlers, 2014; Sachsse, Vogel & Leichsenring, 2006). Die Behandlungsergebnisse von PatientInnen, die sowohl eine stabilisierende Phase als auch Traumakonfrontation erhalten, sind denen von PatientInnen, die nur stabilisiert werden, signifikant überlegen (Sachsse et al., 2006). So ermöglicht eine Eingangsphase zur Etablierung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung sowie zum Aufbau von interpersonellen Skills und Skills zur Emotionsregulation neben einer reduzierten Abbruchrate auch deutlich bessere Ergebnisse durch die Traumakonfrontation.

Neben der Evidenz für ein Skills-Training in der Stabilisierungsphase liegen auch erste Belege für die Wirksamkeit von rein achtsamkeitsbasierten In-

terventionen wie Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) (Kabat-Zinn, 1990) bei Patientinnen mit komplexer PTBS nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit oder Kriegstraumatisierung vor (King et al., 2013; Kearney, McDermott, Malte, Martinez & Simpson, 2013, 2012; Kimbrough, Magyari, Langenberg, Chesney & Berman, 2010). Auch trauma-adaptiertes Yoga hat sich als wirksam in der Behandlung der PTBS erwiesen und kann eine traumafokussierte Psychotherapie sinnvoll ergänzen (Descilo et al., 2010; Emerson, Sharma, Chaudhry & Turner, 2009). Bei PatientInnen mit komorbiden komplexen dissoziativen Störungen bis hin zur dissoziativen Identitätsstörung wird die Stabilisierungsphase zur Herstellung eines Erlebens von Sicherheit und Stabilität vor der Traumakonfrontation als besonders wichtig angesehen (Cronin, Brand & Mattanah, 2014; Brand, Lanius, Vermetten, Loewenstein & Spiegel, 2012; Chu, 2005). Da mit 18% ein großer Teil der Einschränkungen des allgemeinen Funktionsniveaus von PatientInnen mit komplexen Traumafolgestörungen nicht durch PTBS-Symptome im engeren Sinne, sondern durch zwischenmenschliche Probleme verursacht werden, erscheint es bedeutsam, auch interpersonelle Störungen und Mentalisierungsdefizite gezielt zu behandeln (Frías & Palma, 2015; Cloitre et al., 2005). Das Behandlungskonzept der Psychotraumatologie-Station der Klinik St. Irmingard integriert diese Befunde durch ein phasenorientiertes Vorgehen, die Möglichkeit langfristig geplanter Intervalltherapie sowie durch ein umfangreiches Gruppenangebot zur Förderung von Emotionsregulation, Achtsamkeit und interpersonellen Fertigkeiten.

1.2 Ein integratives Therapiekonzept der komplexen PTBS

Das Behandlungsangebot der 2012 eröffneten Psychotraumatologie-Station der Klinik St. Irmingard richtet sich an PatientInnen mit komplexen Traumafolgestörungen, komorbiden Persönlichkeitsstörungen und komplexen dissoziativen Störungen. Es integriert kognitiv-behaviorale und psychodynamische Interventionen sowie EMDR und ist phasen- und ressourcenorientiert. Die Konfrontation mit phobisch vermiedenen Stimuli und traumatischen Erinnerungen soll frühzeitig und schonend in der Behandlung realisiert werden (Sack, 2010). Gleichzeitig wird die Bedeutung eines spezifischen Trainings der Emotionsregulation durch Skills und Achtsamkeit (Priebe et al., 2013; Boon, Steele & van der Hart, 2013; Bohus & Wolf, 2009; Cloitre et al., 2002) betont. Modifizierte Protokolle des EMDR sollen Traumakonfrontation auch bei komorbiden Störungen der Affektregulation und ausgeprägter dissoziativer Symptomatik ermöglichen. Das therapeutische Konzept für die Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen kombiniert kognitiv-behaviorale Konzepte eines Ausgleichs von Fertigkeitendefiziten mit psychodynamischen Prinzipien der Beziehungsgestaltung. Eine ausführliche Darstellung des Therapiekonzepts findet sich bei Heinz und Pfitzer (2014).

In der Behandlung von komplexen Traumafolgestörungen hat es sich als hilfreich erwiesen, Behandlungsprogramme phasenorientiert zu gestalten (Cloitre et al., 2012, 2011). Auf der Psychotraumatologie-Station der Klinik St. Irmingard wird der Therapieprozess als nicht-lineare Abfolge von fünf Phasen konzipiert, in denen hierarchisierte Ziele verfolgt werden (Heinz & Pfitzer,

2014; Bohus et al., 2011; Baars et al., 2010). Die erste Behandlungsphase ist durch die Bearbeitung suizidalen und therapiezerstörenden Verhaltens gekennzeichnet. Darüber hinaus sollen ein Behandlungsauftrag sowie realistische Ziele erarbeitet werden. In einem zweiten Schritt lernen PatientInnen, Ressourcen zu (re-)aktivieren, sich selbst zu beobachten und sich durch den Aufbau von Skills funktionaler zu steuern. In Phase drei werden dysfunktionale Schemata zunehmend hinterfragt und eine Exposition mit Alltagsstressoren und phobisch vermiedenen Gedanken und Gefühlen angeregt. Bei hochdissoziativen PatientInnen mit Dissociative Disorder not otherwise specified (DDNOS) oder dissoziativer Identitätsstörung (DIS) wird eine „innere Landkarte“ von Persönlichkeitsanteilen erarbeitet, die innere Kommunikation gefördert und eine Integration von Teilidentitäten angeregt (Priebe et al., 2013; van der Hart et al., 2006; Watkins & Watkins, 1993). Spezifische imaginative und kognitive Interventionen erlauben eine erste Auseinandersetzungen mit Alpträumen und Gefühlen wie Ekel oder Schuld (Hadouch & Steil, 2014; Nappi, Drummond & Hall, 2012; Jung et al., 2011; Kubany & Watson, 2002; Krakow et al., 2001; Kubany & Manke, 1995). Mittels für komplex traumatisierte und dissoziative PatientInnen adaptierter Techniken des EMDR können Trigger und Alltagsbelastungen bereits in dieser Phase konfrontativ bearbeitet und das Selbstwirksamkeitserleben der PatientInnen gesteigert werden (van der Hart, Groenendijk, Gonzalez, Mosquera & Solomon, 2014; van der Hart, Nijenhuis & Solomon, 2010; Hofmann & Sack, 2006; Korn & Leeds, 2002; Fisher, 2000; Twombly, 2000). Stimulusdiskriminationsübungen und in vivo Expositionen mit Triggern und vermiedenen Stimuli runden das Vorgehen ab, bevor in Phase vier eine Traumakonfronta-

tion mit EMDR erfolgt. EMDR bietet im stationären Rahmen den Vorteil, dass bei vergleichbarer Wirksamkeit zu anderen evidenzbasierten Traumakonfrontationsverfahren eine geringere Therapiedosis von Konfrontationseinheiten benötigt wird (Shapiro, 2014; Seidler & Wagner, 2006; Rothbaum, Astin & Marsteller, 2005; Ironson, Freund, Strauss & Williams, 2002; Power et al., 2002). Außerdem ist EMDR im Gegensatz zu Traumakonfrontationsverfahren, die auf dem Prinzip der Angsthabituation beruhen, besonders gut zur Bearbeitung für die kPTBS typischer Gefühle wie Scham und Schuld geeignet (Rogers & Silver, 2002; Meadows & Foa, 1998). Des Weiteren besteht Anhalt dafür, dass EMDR effektiver in der Behandlung komorbider depressiver Störungen ist (Ho & Lee, 2012). Bei besonders instabilen PatientInnen können zunächst ein modifiziertes EMDR-Protokoll wie CIPOS (Rost, 2010) oder schonende Konfrontationsmethoden wie skills-assisted exposure oder die Bildschirmtechnik (Priebe et al., 2013; Sack, 2010) durchgeführt werden. Phase fünf dient unter Anderem dem Transfer des Erarbeiteten in den Alltag.

Das Therapieangebot der Psychotraumatologie-Station der Klinik St. Irmingard umfasst zahlreiche Indikativgruppen. In der Skillsgruppe Notfallskills lernen die PatientInnen, Hochstresszustände zu regulieren und einen „Notfallkoffer“ mit Skills anzulegen (Bohus & Wolf, 2009). PatientInnen in fortgeschrittenem Therapiestadium besuchen ergänzend die Skillsgruppe Emotionsregulation, in der ein funktionaler Umgang mit oftmals besonders „schwierigen“ Gefühlen wie Wut, Schuld oder Scham erprobt wird. Diese Gruppe wird ergänzt durch einen Besuch der Selbstwahrnehmungsgruppe, in der ein achtsamer Umgang mit Gefühlen geübt wird und die phobische Vermeidung

von Gefühlen reduziert werden soll (Heinz & Wild, 2012). Die „Traumainfogruppe“ als klassische Psychoedukationsgruppe vermittelt Wissen über komplexe Traumafolgestörungen, steigert das Selbstwirksamkeitserleben und regt zu einem Abbau von Vermeidungsverhalten an. Die Ressourcengruppe umfasst Interventionen zur Förderung von Selbstfürsorge, Achtsamkeit, sozialer Kompetenz sowie zum Aufbau positiver Aktivitäten. Dadurch sollen nicht zuletzt ungünstige, selbstkritische Gedanken und Gefühle von Scham abgebaut und der Selbstwert der PatientInnen gestärkt werden (Harman & Lee, 2010). Die Aktivierung von Ressourcen weist eine deutliche Verbindung zum Therapieerfolg auf (Groß, Stemmler, Erim & de Zwaan, 2015). Die Imaginationsgruppe macht sich den Umstand zunutze, dass Emotionen über imaginative Prozesse besonders gut aktiviert und reguliert werden können (Holmes & Mathews, 2010). Auch erlauben Imaginationen über die Modifikation des impliziten Wissens der PatientInnen, rational erarbeitete hilfreiche Überzeugungen durch Erleben um die korrespondierende emotionale Überzeugung zu ergänzen (Wells, 2000). Die PatientInnen lernen so unter Anderem, ein Gefühl von Sicherheit herzustellen und sich zu beruhigen. Eine zentrale Rolle nehmen darüber Kunst- und Körpertherapie ein. Abgerundet wird das Gruppenangebot durch traumaadaptiertes Yoga, Qi Gong, oberärztliche Einzel- und Gruppenvisiten sowie eine Stationsversammlung. Letztere dient unter anderem der Begrenzung von Reinszenierungen und soll zu einem Klima von Wertschätzung, Toleranz und Sicherheit beitragen.

Für sehr instabile PatientInnen besteht die Möglichkeit, Kleingruppen mit maximal drei TeilnehmerInnen zu besuchen. In der Körpertherapie besteht die Möglichkeit, an einer Frauengruppe teilzunehmen. Das Gruppenangebot

wird durch zwei wöchentliche psychotherapeutische Einzelgespräche, wöchentliche co-therapeutische Einzelgespräche, Einzel-Kunsttherapie, Einzel-Körpertherapie sowie Einzel-Tanztherapie ergänzt. Sozialarbeiterische Unterstützung dient der Organisation therapeutischer Wohngruppen, der Kommunikation mit Ämtern, der Hilfestellung bei der Aufnahme einer Arbeit oder einer ehrenamtlichen Tätigkeit, der Unterstützung bei rechtlichen Auseinandersetzungen, dem Finden eines Ausbildungsplatzes und Ähnlichem. Tabelle 1.6 auf Seite 44 bietet einen Überblick über das Therapieangebot.

1.3 Motivation und Rational dieser Untersuchung

Erste Belege für die Wirksamkeit von Therapieansätzen wie Prolonged Exposure, Cognitive Processing Therapy, traumafokussierte kognitive Therapie nach Ehlers und Clark (2000), Dialektisch-Behaviorale Therapie für PTBS, Dialektisch-Behaviorale Therapie in Kombination mit Prolonged Exposure und Eye Movement Desensitization and Reprocessing bei komplexen Traumafolgestörungen beruhen auf randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs) (Harned et al., 2014; Bohus et al., 2013; Harned et al., 2012; Steil et al., 2011; Cloitre et al., 2010; van der Kolk et al., 2007; Chard, 2005; Ehlers, Clark, Hackmann, McManus & Fennel, 2005; McDonagh et al., 2005; Rothbaum et al., 2005; Edmond & Rubin, 2004). RCTs sind jedoch in der praxisnahen Forschung problematisch, da sie über eine eingeschränkte externe Validität verfügen und ungeeignet sind, Kombinationen von Interventionen, die sich in der Routineversorgung als alltagswirksam erweisen,

Therapieangebot	Minuten / Woche
Psychotherapeutische Einzelgespräche	100-150
Co-therapeutische Einzelgespräche	50
Ressourcengruppe	100
Bezugsgruppe	50
Gruppe Stressregulationsskills	75
Traumainfogruppe	75
Gruppe Emotionsregulationsskills	75
Gruppe Selbstwahrnehmung & Achtsamkeit	100
Imaginationsgruppe	25
Kunsttherapie-Gruppe	250
Körpertherapie-Gruppe (Frauen / gemischt)	75
Klein-Ressourcengruppe	125
Klein-Kunstgruppe	100
Wochenausklangsgruppe	50
Stationsversammlung	25
Oberärztliche Einzelvisite	1x 25 / Aufenthalt
Oberärztliche Gruppensvisite	50 (zweiwöchentlich)
Einzelkörpertherapie	individuell
Einzelkunsttherapie	individuell
Sozialberatung	individuell
Yoga	100
Qi Gong	50

Tabelle 1.6: Das Einzel- und Gruppentherapieangebot auf der Psychotraumatologie-Station im Untersuchungszeitraum. Ergänzt wird das Angebot durch ein umfangreiches physiotherapeutisches Angebot (z.B. Massagen, Einzelphysiotherapie, Rückengymnastik, Bewegungsbad).

zu entdecken (Handley, Schillinger & Shiboski, 2011; Horn & Gassaway, 2007). Bradley et al. (2005) beziffern den Anteil der Behandlungsstudien zur PTBS, in denen PatientInnen mit schweren Komorbiditäten ausgeschlossen wurden, auf 62%. Gleichzeitig liegt die Zahl der PTBS-PatientInnen mit mindestens einer komorbiden psychiatrischen Diagnose bei etwa 80% (Perkonig, Kessler, Storz & Wittchen, 2000; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). So wird deutlich, dass eine Forschungspraxis, die primär auf RCTs beruht, kaum Aussagen über die Wirksamkeit von Therapieverfahren bei chronisch-rezidivierenden Störungen und Wechselwirkungen mit Persönlichkeitspathologien erlaubt (Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004). Evidenz aus randomisiert-kontrollierten Untersuchungen kann nicht einfach auf andere Felder wie die psychotherapeutische Praxis übertragen werden (Leichsenring, 2004). Andernfalls wird jenen polysymptomatischen PatientInnen mit zahlreichen Komorbiditäten, die in RCTs ausgeschlossen werden, eine tatsächlich evidenzbasierte Behandlung vorenthalten (Corrigan & Hull, 2015). Derzeit fehlen naturalistische und damit realistischere Studien, die die Wirksamkeit von mittels randomisiert-kontrollierten Studien evidenzbasierten Therapien der komplexen PTBS unter real-world-Bedingungen und mit ausreichender Katamnesedauer untersuchen (Cloitre, 2015; Najavits, 2009; Gelman & Hill, 2007; Bisson et al., 2007; Spinazzola et al., 2005; Putnam, 2003).

Die vorliegende Untersuchung möchte die *klinische Wirksamkeit* des Konzeptes traumazentrierter Psychotherapie an der Klinik St. Irmingard in unterschiedlichen Subpopulationen der von großer Heterogenität geprägten Population der PatientInnen mit komplexen Traumafolgestörungen untersuchen.

Über die empirische Absicherung der klinischen Wirksamkeit hinaus sollen Prädiktoren für unterschiedliche Behandlungsverläufe identifiziert werden.

Kapitel 2

Methode

2.1 Design und Ablauf der Untersuchung

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine retrospektive Prä–Post-Analyse naturalistischer Therapieverläufe. Alle PatientInnen auf der Psychotraumatologiestation der psychosomatischen Klinik St. Irmingard, Prien am Chiemsee, beantworten bei Aufnahme und bei Entlassung jeweils innerhalb von drei Tagen eine umfangreiche Batterie von psychologischen Testverfahren. Die vorliegende Untersuchung basiert auf diesen klinischen Routinedaten. Alle Patientinnen und Patienten wurden im Rahmen ihrer Anmeldung auf Station schriftlich über die Speicherung und die Verwendung ihrer persönlichen Daten zu Evaluationszwecken informiert.

2.1.1 Fallzahl und Untersuchungszeitraum

Zur Festlegung der angestrebten Fallzahl und damit indirekt des Untersuchungszeitraums wurde eine Power–Analyse durchgeführt. In naturalistischen

Prä-Post-Untersuchungen dissoziativer und depressiver Symptomatik sowie der PTBS-Symptomatik werden für Stichproben mit komplexen Traumafolgestörungen geringe Effektstärken von teilweise nur $d = .20$ berichtet (z.B. Jepsen, Langeland, Sexton & Heir, 2014; Jepsen et al., 2009; Lampe et al., 2008). Angesichts von Standardabweichungen von bis zu $SD = 20$ des IES-R-Summenscores bei Aufnahme wird für ein α -Niveau von 5% und eine Power von .80 eine Stichprobengröße von 126 PatientInnen benötigt. Der Untersuchungszeitraum wurde daher auf den Zeitraum vom 01.05.2013 bis zum 01.05.2015 festgelegt, um die erforderliche Anzahl von etwa 130 PatientInnen in die Analysen einschließen zu können.

2.1.2 Stichprobenauswahl

Einschlusskriterien

Alle PatientInnen, die im Untersuchungszeitraum gemäß des in der Einleitung geschilderten Therapieprogrammes behandelt wurden und die Forschungskriterien der PTBS nach ICD-10 (Dilling et al., 1994) sowie die Kriterien der Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified nach Pelcovitz et al. (1997) erfüllten, wurden in die Untersuchungsstichprobe eingeschlossen.

Ausschlusskriterien

PatientInnen, die zu einem maximal vierwöchigen Stabilisierungsaufenthalt aufgenommen wurden, wurden in die Analysen nicht einbezogen. Darüber hinaus wurde im Sinne einer hohen externen Validität auf jegliche Ausschluss-

skriterien verzichtet. Somit wurden auch PatientInnen mit schwerem selbstverletzenden Verhalten, schizotypen oder wahnhaften Störungen, unsicheren Lebensumständen wie anhaltender Gewalt in der Partnerschaft oder Obdachlosigkeit, Medikamentenabusus, polypharmazeutischer Medikation, chronischer oder akuter Suizidalität, komplexen dissoziativen Störungen und schwerwiegenden somatischen Erkrankungen eingeschlossen. Ebenso wurde mit PatientInnen verfahren, die wegen unkontrollierbarer Suizidalität vorübergehend auf die geschützte Station einer nahegelegenen psychiatrischen Klinik verlegt werden mussten.

2.2 Manualtreue und therapeutische Kompetenz

Auf der Psychotraumatologie-Station der Klinik St. Irmingard arbeiteten im Untersuchungszeitraum eine Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, eine Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, ein Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, zwei Psychologische PsychotherapeutInnen sowie zwei PsychologInnen. Alle BehandlerInnen sind zertifizierte EMDR-TherapeutInnen oder befinden sich in fortgeschrittener, engmaschig supervidierter Fortbildung zum EMDR-Therapeuten. Jeweils eine Stunde EMDR- und Teamsupervision pro Woche sowie regelmäßige externe Fall- und Teamsupervisionen sollen eine hohe Adhärenz und Manualtreue sicher stellen. Für fallbezogene Teambesprechungen stehen wöchentlich mindestens 200 Minuten zur Verfügung.

2.3 Diagnostik

2.3.1 Klassifikatorische Diagnostik

Die klinische Diagnosestellung erfolgte durch die StationsärztInnen und StationspsychologInnen anhand der ICD–10 Forschungskriterien. Die Diagnosesicherung erfolgte durch den leitenden Oberarzt, einen DeGPT–zertifizierten Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. Da für die nicht näher bezeichnete dissoziative Störung im ICD–10 keine Kriterien vorliegen, wurden diesbezüglich die Kriterien von Dell (siehe Grafik 1.2 auf Seite 27) verwendet.

Das Vorliegen der Kriterien der Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS) wurde durch das Interview zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (I–kPTBS) (Boroske-Leiner, Hofmann & Sack, 2008) überprüft. Darüber hinaus kam der strukturierte Interviewleitfaden zur Diagnose dissoziativer Störungen (SIDDS) (Overkamp, 2005) zum Einsatz.

Interview zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung

Das Interview zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (I–kPTBS) (Boroske-Leiner et al., 2008) stellt die deutsche Übersetzung des Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES) von Pelcovitz et al. (1997) dar. Das SIDES wurde im Rahmen der field trials im Zuge der Entwicklung des DSM–IV validiert (Pelcovitz et al., 1997; van der Kolk et al., 1996). Es umfasst 27 Unterkriterien, mittels derer das Vorliegen der sechs DESNOS–Kriterien erfasst wird. Das erste der sechs Kriterien („Alteration in regulation of affect and impulses“) wird beispielsweise als erfüllt angesehen,

wenn sowohl zwei von drei Items des Unterkriteriums A („Affect regulation“) sowie ein zusätzliches Unterkriterium aus den Bereichen B–F („Modulation of anger“, „Self-destructive behavior“, „Suicidal preoccupation“, „Difficulty modulating sexual involvement“ und „Excessive risk taking“) als gegeben angesehen werden können. Die klinische Beurteilung erfolgt dabei in dichotomer Form. Mit internen Konsistenzen der sechs Kriterien von mindestens $\alpha = .77$, einer internen Konsistenz der Gesamtskala von $\alpha = .96$ und einer Interrater-Reliabilität von $\kappa = .8$ verfügt das SIDES über gute psychometrische Eigenschaften (Pelcovitz et al., 1997).

Der I-kPTBS umfasst aufgrund einer Reduktion der Items für das Kriterium Somatisierung im Unterschied zur US-amerikanischen Original-Fassung nur 40 Items, mit denen die Symptomkriterien der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (Kriterien siehe Tabelle 1.3 auf Seite 17) abgefragt werden. Eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung liegt vor, wenn fünf der sechs Kriterien erfüllt sind (Boroske-Leiner et al., 2008). Die Antwortstruktur wurde an jene des Strukturierten Klinischen Interviews (SKID) des DSM-IV (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) angepasst, so dass jedes Item durch die Klinikerin als entweder nicht erfüllt, als in nicht kriteriumsgemäßem Ausmaß erfüllt, als sicher und in kriteriumsgemäßem Ausmaß erfüllt oder als nicht einschätzbar bewertet wird. Für die deutsche Version zeigte sich mit einer internen Konsistenz von $\alpha = .88$ ebenfalls eine sehr gute Reliabilität.

Strukturierter Interviewleitfaden zur Diagnose dissoziativer Störungen

Das strukturierte Interviewleitfaden zur Diagnose dissoziativer Störungen (SIDDS) von (Overkamp, 2005) stellt eine Übersetzung der Dissociative Dis-

orders Interview Schedule (DDIS) von Ross (1989) dar. Der SIDDS gliedert sich in 16 Bereiche und erlaubt über die Erfassung von Substanzmissbrauch, Erstrangsymptomen nach Kurt Schneider, Tranceerfahrungen und sekundären Anzeichen einer Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) hinaus die Validierung von Diagnosen einer majoren Depression, einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder einer Somatisierungsstörung nach DSM-IV-TR. Das Verfahren besteht aus 132 Items, Reliabilität und Validität sind als gut anzusehen. So liegen sowohl die Retest-Reliabilität als auch die Inter-Rater-Reliabilität hinsichtlich der Diagnose einer Dissoziativen Identitätsstörung bei .95 (Ross, 1997, zitiert nach Overkamp, 2005). Im Unterschied zur US-amerikanischen Originalversion erfasst der SIDDS kursorisch Angaben zu den Lebensumständen in der Kindheit. Die Fragen zum sexuellen Missbrauch in der Kindheit können in dichotomer Form („Ja.“ / „Nein.“) oder frei beantwortet werden. In letzterem Falle wird die freie Antwort durch die Klinikerin bewertet. Die Dauer des Interviews wird von der Autorin mit 45 bis 150 Minuten veranschlagt. Die Sensitivität des SIDDS für die Diagnose einer DIS beträgt 94.4%. Zusätzlich zur Erfüllung der allgemeinen Kriterien verlangt der SIDDS für die Diagnose einer Dissoziativen Identitätsstörung von der Klinikerin beobachtete Wechsel von Persönlichkeitszuständen. Die Korrelation der SIDDS-Subskala „Sekundäre Anzeichen einer Dissoziativen Identitätsstörung“ mit der Dissociative Experiences Scale betrug in der Validierungsstudie von Overkamp (2005) $r = .8$.

2.3.2 Selbstbeurteilungsverfahren

Die Testbatterie globaler und störungsspezifischer Selbstbeurteilungsverfahren zur Diagnosesicherung und Veränderungsmessung umfasste die Selbstbeurteilungsverfahren Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Wingenfeld et al., 2010), ICD-10-Symptomrating (ISR) (Tritt et al., 2008), Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA) (Walach et al., 2004), Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49) (Rabung et al., 2009), Impact of Event Scale in revidierter Form (IES-R) (Maercker & Schützwohl, 1998) sowie die Dissociative Experiences Scale - Taxon (DES-T) (Spitzer, Freyberger, Brähler, Beutel & Stieglitz, 2015). Soziodemographische Daten wurden zu Therapiebeginn mittels Psychischer Basisdokumentation - Psychotherapeutische Medizin (Psy-BaDo PTM) (Tritt et al., 2003) erfasst. Alle Selbstbeurteilungsverfahren wurden angesichts einer besonders hohen Belastung von PTBS-PatientInnen bei der Bearbeitung von Fragebögen (Jaffe, DiLillo, Hoffman, Haikalis & Dykstra, 2015) in Anwesenheit spezifisch geschulter Co-TherapeutInnen auf Tablets bearbeitet.

Impact-of-Event-Scale (Revised)

Die Kernsymptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung wurde über das Selbstbeurteilungsverfahren Impact of Event Scale in revidierter Fassung (IES-R) (Maercker & Schützwohl, 1998; Weiss & Marmar, 1996) erfasst. Die IES-R besteht aus 22 Items. Sieben Items erfassen die Subskala Intrusion, acht Items erfassen die Subskala Vermeidung und sieben Items erfassen die Subskala Hyperarousal. Jedes Item entspricht einer Aussage wie „Bilder, die

mit dem Ereignis zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn.“. Die 22 Items werden mittels einer vierstufigen Skala beantwortet. Die Antwortoption „überhaupt nicht“ entspricht null Punkten, die Antwortoption „selten“ entspricht einem Punkt, die Antwortoption „manchmal“ entspricht drei Punkten und die Antwortoption „oft“ entspricht fünf Punkten. Die Maximalwerte der Subskalen betragen demnach 35 Punkte für Intrusion, 40 Punkte für Vermeidung und 35 Punkte für Hyperarousal. Der maximale Gesamtscore liegt bei 110 Punkten.

Die IES-R ist eine valide, änderungssensitive Skala mit insgesamt zufriedenstellenden psychometrischen Eigenschaften (Rosner & Hagl, 2008; Creamer, Bell & Failla, 2003; Maercker & Schützwohl, 1998). Die internen Konsistenzen der Subskalen betragen $\alpha = .9$ für die Skalen Intrusion und Hyperarousal sowie $\alpha = .8 - .9$ für die Skala Vermeidung (Creamer et al., 2003; Maercker & Schützwohl, 1998; Weiss & Marmar, 1996). Das Verfahren ist nicht zu klassifikatorischen Diagnostik geeignet, gilt jedoch als Goldstandard der Verlaufsmessung (Rosner & Hagl, 2008). Die von Maercker und Schützwohl (1998) vorgeschlagene Interpretation des Verfahrens mittels Regressionsgleichung¹ hat sich in der Literatur nicht durchgesetzt. Der Summenscore des IES-R wurde in der vorliegenden Untersuchung als primäres Outcome-Maß definiert.

Childhood Trauma Questionnaire

Die Belastung der PatientInnen durch interpersonelle Traumatisierungen in der Kindheit wurde durch die deutsche Version des Childhood Trauma Que-

¹ $x = -.02 \times Intrusion + .07 \times Vermeidung + .15 \times Hyperarousal - 4.36$, Cut-Off 0

stionnaire (CTQ) (Wingenfeld et al., 2010; Bernstein & Fink, 1998) erhoben. Der CTQ erfasst mit 25 Items retrospektiv unterschiedliche Formen der Vernachlässigung und des Missbrauchs in der Kindheit auf den Subskalen Emotionaler Missbrauch, Körperliche Misshandlung, Sexueller Missbrauch, Emotionale Vernachlässigung und Körperliche Vernachlässigung. Die Bearbeitung der Items erfolgt auf einer fünfstufigen Likert-Skala, die von „überhaupt nicht“ (ein Punkt) bis „sehr häufig“ (fünf Punkte) reicht. Da jede Subskala aus fünf Items besteht, entsprechen ein Subskalen-Score von fünf und ein Gesamtskalen-Score von 25 keinerlei Belastung, während 25 Punkte bzw. 125 Punkte eine maximale Belastung anzeigen. Ergänzt wird das Verfahren durch eine Offenheitsskala zur Identifikation von Antworttendenzen im Sinne einer sozialen Erwünschtheit (drei Items).

Die psychometrischen Eigenschaften der deutschen Version des CTQ wurden sowohl anhand klinischer Stichproben als auch anhand einer für die Allgemeinbevölkerung repräsentativen Stichprobe überprüft (Klinitzke, Romppel, Häuser, Brähler & Glaesmer, 2012; Wingenfeld et al., 2010; Bader, Hanny, Schäfer, Neuckel & Kuhl, 2009). Mit internen Konsistenzen von $\alpha > .8$ können die Reliabilitäten der Subskalen mit Ausnahme der Subskala Körperliche Vernachlässigung als gut beurteilt werden. Konstruktvalidität ist gegeben (Klinitzke et al., 2012). Damit kann die deutschsprachige Version des CTQ als hinsichtlich ihrer psychometrischen Eigenschaften äquivalent zur englischen Originalfassung von Bernstein und Fink (1998) angesehen werden und stellt ein reliables, valides, ökonomisches Instrument zur retrospektiven Erfassung von Kindesmisshandlung dar (Wingenfeld et al., 2010; Bader et al., 2009).

Dissociative Experiences Scale - Taxon

Dissoziative Symptomatik wurde mittels des Selbstbeurteilungsverfahrens DES-Taxon (Waller, Putnam & Carlson, 1996) erfasst. Die DES-Taxon oder DES-T stellt eine Kurzform der Dissociative Experiences Scale von Bernstein und Putnam (1986) dar, die als bestevaluiertes und international gebräuchlichstes Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung von Dissoziation gilt (Van Ijzendoorn & Schuengel, 1996). Die DES-T misst mittels acht Items im Gegensatz zur mit 28 Items deutlich umfangreicheren DES ausschließlich pathologische Formen der Dissoziation (Waller et al., 1996). Die Items des DES-T entsprechen Aussagen wie „Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, daß ihr Körper oder ein Teil des Körpers nicht zu ihnen gehört“. Das Antwortformat entspricht einer elfstufigen Likert-Skala von „nie“ (0%) bis „immer“ (100%). Der Mittelwert über alle acht Items kann somit von 0% bis 100% schwanken.

Die DES-T ist mit einer internen Konsistenz von $\alpha = .92$, Trennschärfekoeffizienten $> .65$ und der Möglichkeit zu sowohl dimensionaler als auch kategorialer Auswertung als anwendungs- und auswertungsökonomisches, reliables und valides Verfahren anzusehen (Spitzer et al., 2015; Spitzer, Bar-now, Freyberger & Grabe, 2007b; Watson, 2003; Waller & Ross, 1997; Waller et al., 1996). Die komplizierte Taxon-Methode hat sich kaum durchgesetzt und in der Praxis werden für die Entscheidung, ob ein pathologisches Ausmaß an Dissoziation vorliegt, zumeist Cut-Off-Werte hinsichtlich des Mittelwerts verwendet. Dabei werden unterschiedliche Werte von 20% bis 30% diskutiert (Spitzer et al., 2015; Waller, Ohanian, Meyer, Everill & Rouse, 2001; Waller & Ross, 1997).

Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis

Als umfassendes Maß psychosozialer Gesundheit kam die Kurzform der Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis, der HEALTH-49 (Rabung et al., 2009), zum Einsatz. Der HEALTH-49 erfasst mit 49 Items die zehn Skalen Somatoforme Beschwerden, Depressivität, Phobische Ängste, Psychische und somatoforme Beschwerden, Psychisches Wohlbefinden, Interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit, Aktivität und Partizipation, Soziale Unterstützung und Soziale Belastung. Die Bearbeitung der Items erfolgt über fünfstufige Likert-Skalen von „nicht“ oder „nie“ (0 Punkte) bis „sehr“ oder „immer“ (4 Punkte). Die Antworten beziehen sich auf den Zeitraum der letzten zwei Wochen. Die Skalenwerte werden über den Mittelwert der Itemrohwerte der Skalen bestimmt.

Das Verfahren ist als reliabel, valide und änderungssensitiv zu bewerten (Rabung et al., 2009). Die Subskalen weisen mit Ausnahme der Subskala Soziale Belastung ($\alpha = .76$) hohe interne Konsistenzen von $\alpha = .85$ bis $\alpha = .91$ auf. Die Trennschärfe-Koeffizienten dieser Subskalen liegen zwischen $\alpha = .56$ und $\alpha = .78$. Die Konstruktvaliditäten der Subskalen sind über konvergente Validitätsanalysen sicher gestellt. So ist die Subskala Interpersonelle Schwierigkeiten hoch mit einer Kurzform des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D) (Harfst, Dirmaier, Koch & Schulz, 2004; Horowitz, Strauß & Kordy, 1994) korreliert ($r = .75$).

Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit

Achtsamkeit bezeichnet einen absichtsvollen Zustand von nicht wertender Aufmerksamkeit für das Hier und Jetzt (Heidenreich, Ströhle & Michalak, 2006). Das Konzept entstammt buddhistischen Meditationspraktiken und hat in den vergangenen 20 Jahren zunehmend an wissenschaftlicher Beachtung gewonnen (Davis & Hayes, 2011). Achtsamkeitsbasierte und achtsamkeitsinformierte Psychotherapieansätze wie die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) (Linehan, 1993) oder Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) dürfen heute als empirisch gut abgesichert gelten (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma & Guerrero, 2005).

Zur Erfassung des Konstrukts Achtsamkeit wurde die Langform des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA) verwendet, die mit 30 Items ein mehrdimensionales Achtsamkeitskonzept erfasst (Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht & Schmidt, 2006; Walach et al., 2004; Buchheld, 2000). Die Bearbeitung erfolgt durch die Bewertung von Aussagen wie „Ich beobachte meine Gefühle, ohne mich in ihnen zu verlieren.“ auf einer vierstufigen Likert-Skala.

Mit einer internen Konsistenz von $\alpha = .93$ darf das Verfahren als reliabel gelten. Die postulierte Faktorenstruktur ließ sich in einer Studie von (Walach et al., 2006) jedoch nicht für alle Messzeitpunkte belegen, so dass von einem Generalfaktor ausgegangen werden sollte (Heidenreich et al., 2006).

ICD-10-Symptomrating

Zur Erfassung der Belastung durch psychopathologische Symptome wurde das ICD-10-Symptomrating (ISR) (Tritt et al., 2008; Fischer, Tritt, Klapp

& Fliege, 2010) eingesetzt. Das ISR ist ein valides, reliables, trennscharfes und änderungssensitives Selbstbeurteilungsverfahren, das an der syndromalen Struktur des ICD–10 ausgerichtet psychische Belastung in fünf Dimensionen erfasst (Fischer, Schirmer, Tritt, Klapp & Fliege, 2011; Tritt et al., 2010). Diese Dimensionen umfassen Depression, Angst, Zwang, somatoforme Beschwerden und Essstörungen. Eine Zusatzskala erhebt unter anderem Suizidalität, Depersonalisation, Derealisation und Sexualstörungen.

Die Items sind als Aussagesätze formuliert (z.B. „Ich bekomme unerklärliche Angstattacken oder Angst in Situationen, die anderen Menschen harmlos erscheinen.“) und werden auf einer fünfstufigen Likert–Skala von „Trifft nicht zu“ (0 Punkte) bis „Trifft extrem zu“ (4 Punkte) beantwortet. Die Skalennittelwerte schwanken demnach zwischen 0 und 4.

Die interne Konsistenz des Gesamtscores beträgt $\alpha = .92$ und auch die Subskalen weisen mit Werten von $\alpha = .78$ bis $\alpha = .86$ hohe interne Konsistenzen auf. Das ICD–10–Symptomrating und insbesondere die Depressionsskala sind sehr gut zur Verlaufsmessung geeignet (Brandt et al., 2015).

Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens

Selbstbeurteilungsverfahren, die die Zufriedenheit mit der Behandlung, dem Behandlungsergebnis und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfassen, haben zuletzt an Bedeutung gewonnen (Calvert et al., 2013). Durch den 2010 in den USA verabschiedeten Patient Protection and Affordable Care Act gewann ein patientenzentriertes Vorgehen, dessen Erfolgskriterien Outcome–Maße sind, die von Patientinnen und Patienten als bedeutsam angesehen

werden, weiter an Bedeutung für Forschung und Praxis. In der vorliegenden Untersuchung wurde mit der Kurzform des Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens (VEV) (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978), dem VEV-K (Kriebel, Paar, Schmitz-Buhl & Raatz, 2001), zur Entlassung ein derartiges „patient-reported outcome“ eingesetzt. Der VEV-K ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, das anhand von 25 Items retrospektiv eine direkte Veränderungsmessung durch die Patienten erhebt. Der Gesamtscore spiegelt sowohl Stärke als auch Richtung der subjektiven Veränderungen des Erlebens und Verhaltens auf dem Kontinuum von Entspannung, Gelassenheit und Optimismus hin zu Spannung, Unsicherheit und Pessimismus wider.

Die Bearbeitung der 25 Items erfolgt über eine siebenstufige bipolare Skala, deren Mitte („weder noch“ bzw. 4 Punkte) einer Nullveränderung entspricht. Damit entspricht auch ein Summenscore von 100 einer Nullveränderung. Abweichungen des Gesamtscores vom Wert 100 um 15 Punkte entsprechen einer Veränderung auf dem .05-Signifikanzniveau, Veränderungen um 20 Punkte entsprechen einer Veränderung auf dem .01-Signifikanzniveau und Veränderungen um 25 Punkte entsprechen einer Veränderung auf dem .001-Signifikanzniveau. Das Verfahren gilt als änderungssensitiv und valide, die interne Konsistenz ist mit einem Wert von $\alpha = .90$ als gut zu bewerten (Kriebel et al., 2001). Die Trennschärfekoeffizienten variieren in einem Range von .15 bis .67.

2.4 Inferenzstatistische Analysen

Die inferenzstatistische Analyse dieser Untersuchung gliedert sich in fünf aufeinander aufbauende Schritte. In einem ersten Schritt soll die klinische Wirksamkeit des Therapieprogramms nachgewiesen werden. In Anbetracht der ausgeprägten Heterogenität der Stichprobe sollen in der Folge differentielle Klassen von Verläufen der PTBS-Symptomatik identifiziert und hinsichtlich ihrer Eigenschaften untersucht werden. Klinische Parameter, die sich bei Aufnahme signifikant zwischen den Klassen unterscheiden, sollen in der Folge genutzt werden, um ein Prädiktionsmodell der Klassenzugehörigkeit zu erstellen. Dazu soll die Methode Classification and Regression Tree (CART) zum Einsatz kommen. Schlussendlich sollen die Symptomverläufe in den unterschiedlichen Klassen beschrieben werden. Tabelle 2.1 auf Seite 62 zeigt einen Überblick der Analyseschritte.

	Schritt 1	Schritt 2	Schritt 3	Schritt 4	Schritt 5
$H_{1,2,3,4,5}$	In der Gesamstichprobe sind signifikante Verbesserungen der Symptombelastungen zu beobachten.	Es können differentielle Verläufe der PTBS-Symptome nachgewiesen werden.	Die identifizierten Klassen von Verläufen unterscheiden sich hinsichtlich klinischer Parameter bei Aufnahme.	Die in Schritt 3 identifizierten Parameter können zur Prädiktion von Therapieverläufen verwendet werden.	In allen Klassen können signifikante Verbesserungen der Symptombelastungen beobachtet werden.
Methode(n)	F -Test / Wilcoxon-Test	Latente Klassenregression	F -Test, Wallis-Test	Classification and Regression Tree	F -Test / Wilcoxon-Test
Parameter	H-49, IES-R, DES-T, FFA, ISR	IES-R	H-49, IES-R, DES-T, FFA, ISR	H-49, IES-R, DES-T, FFA, ISR	H-49, IES-R, DES-T, FFA, ISR, VEV-K

Tabelle 2.1: Überblick über die Analyseschritte.

2.4.1 Effektstärkeberechnung und klinische Signifikanz

Effektstärken wurden gemäß der Empfehlungen von Lakens (2013) für Prä-Post-Designs (i.e. korrelierte Messungen) anhand der Mittelwertsdifferenzen sowie der Standardabweichung der Differenzwerte berechnet:

$$\text{Cohens } d_Z = \frac{M_{diff}}{\sqrt{\frac{\sum (X_{diff} - M_{diff})^2}{N-1}}} \text{ bzw. } \frac{t}{\sqrt{n}}$$

Zur Sicherstellung der klinischen Signifikanz der Ergebnisse wurden Reliable Change Indices gemäß der Formel von Jacobson und Truax (1991) berechnet. Dabei wurde auch für die Subgruppenanalysen auf die Varianz der Gesamtpopulation zurückgegriffen, um das Ausmaß klinischer Signifikanz nicht durch Varianzreduktion zu überschätzen:

$$RC = \frac{x_2 - x_1}{\sqrt{2 * (SD_1 * \sqrt{1 - r_{tt}})^2}}$$

Als Cut-Off für das Vorliegen einer reliablen Veränderung wurden der Wert 1,96 und damit ein 5%-Signifikanzniveau gewählt. Da für die verwendeten testpsychologischen Instrumente mit Ausnahme des HEALTH-49 sowie des ICD-10-Symptomratings keine Cut-Off-Werte vorliegen, konnte nur das Ausmaß klinisch signifikanter Verbesserung im Sinne einer Response („improved but not recovered“), nicht jedoch das Ausmaß von Remission („recovery“) untersucht werden (Jacobson, Roberts, Berns & McGlinchey, 1999, S. 300). Die Bestimmung der Varianzaufklärung der gemischten linearen Modellen

erfolgte durch eine von Edwards, Muller, Wolfinger, Qaqish und Schabenberger (2008) vorgeschlagene Formel anhand der Korrelationskoeffizienten der prädizierten mit den beobachteten Werten. Es sei explizit darauf hingewiesen, dass die berichteten Varianzaufklärungsfaktoren sich auf die Gesamtmodelle und nicht auf den fixed factor Messzeitpunkt beziehen.

2.4.2 Verteilungsformen

In der Literatur herrscht große Uneinigkeit darüber, wie mit Verstößen von Daten gegen die Voraussetzung der Normalität von Daten umgegangen werden soll. In der vorliegenden Untersuchung wurden alle Daten mittels Shapiro–Wilk–Tests auf ein Abweichen von der Normalverteilung hin untersucht. Bei unabhängigen Daten wurden die Verteilungsformen der Stichproben analysiert, bei abhängigen Daten wurden die Messwertdifferenzen der Messwertpaare auf ihre Verteilungsform hin untersucht. Darüber hinaus wurden Stichproben und Residuen mit Hilfe des F —Tests nach Levene auf Varianzhomogenität hin überprüft. Bei Abweichungen der Residuen von den Voraussetzungen der Varianzhomogenität und Normalverteilung kamen in der Folge für die betreffenden Daten ausschließlich nonparametrische Verfahren zum Einsatz und es wurden keine parametrischen Effektstärken berechnet. Dieses strenge und konservative Vorgehen hinsichtlich der Auswahl statistischer Testverfahren wurde flankiert durch die Berechnung von Mittelwerten und Standardabweichungen auch bei Abweichung von der Normalverteilungsform. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um eine bessere Vergleichbarkeit der Daten mit Daten aus der Literatur, in der fast ausnahmslos Mittelwerte berichtet werden, sicher zu stellen. Ergänzend wird bei Verstößen gegen die Normal-

verteilung auch der Median berichtet. Verstöße gegen die Voraussetzung der Normalverteilung von Residuen werden stets berichtet. Ergebnisse des F —Tests nach Levene werden zur verbesserten Lesbarkeit nur berichtet, wenn die Anwendung parametrischer Verfahren nicht bereits durch einen Verstoß gegen die Voraussetzung der Normalverteilung obsolet ist.

2.4.3 Analyse der Symptomverläufe

Als zentrales operationalisiertes Maß des Behandlungserfolges wurde der Summenscore des IES–R definiert. Darüber hinaus wurden Prä–Post–Analysen der HEALTH–49-Subskalen Angst, Depression, somatoforme Beschwerden, psychische und somatoforme Beschwerden, psychisches Wohlbefinden, interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit, Aktivität und Partizipation, soziale Unterstützung und soziale Belastung, der ISR–Subskalen Depression, Angst, Somatisierung, Zwang und Essstörung sowie des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit und der Dissociative Experiences Scale - Taxon durchgeführt.

Die Verteilungsformen der Messwertdifferenzen der Messwertpaare wurden mittels des Shapiro–Wilk–Tests auf Normalität überprüft. Lag eine Normalverteilung der Messwertdifferenzen vor, so wurden gemischte lineare Modelle mit statistischer Kontrolle der Kovariaten Aufenthaltsdauer, Geschlecht und Alter geschätzt. Die Signifikanzberechnung erfolgte mittels konditionaler F –Tests mit Freiheitsgradschätzung nach der Kenward-Roger-Methode (Kenward & Roger, 1997). Verstießen die Daten gegen die Annahme normal verteilter Mittelwertsunterschiede, kam als nonparametrisches Verfahren zur Prä–Post–Analyse der zweiseitige Wilcoxon–Test mit Kontinuitätskorrektur

zum Einsatz. In diesem Fall wurden keine Effektstärken berechnet. In der Folge wurden die Standardfehler sowie die Standardfehler der Messwertdifferenzen berechnet und klinische Signifikanzmaße bestimmt. Diese wurden grafisch mittels Plots aufbereitet.

2.4.4 Identifikation und Analyse von distinkten Verläufen der PTBS-Symptomatik

Veränderungen psychopathologischer Parameter im zeitlichen Verlauf werden typischerweise durch lineare gemischte Modelle analysiert. Wichtige Voraussetzungen für dieses Vorgehen sind unter anderem, dass zufällige Effekte, Fehler und das kontinuierliche longitudinale Outcome-Maß Gauß'schen Verteilungen folgen. Darüber hinaus muss ein linearer Zusammenhang zwischen Prädiktoren und Outcome bestehen. Es wird von einer homogenen Population ausgegangen und fehlende Werte müssen dem missing-at-random-Kriterium entsprechen (Muthén, Asparouhov, Hunter & Leuchter, 2011; Little & Rubin, 1987). Im Rahmen erster Analysen der vorliegenden Daten wurde deutlich, dass die Annahme einer homogenen Population von PatientInnen in der vorliegenden Untersuchung nicht haltbar ist, und dass das zentrale Outcome-Maß, der IES-R-Summenscore, aufgrund der extrem schweren Symptombelastung der Stichprobe einer rechtsschiefen Verteilung folgt.

Diesem Umstand wurde durch die Erweiterung des gemischten linearen Modells durch eine finite, apriori unbekannte Anzahl von Komponenten im Sinne latenter Klassen entsprochen. Das Vorgehen bei der Erstellung von finiten gemischten Modellen oder latenten Klassenregressionsmodellen beruht auf der Überlegung, dass aller interindividuellen Unterschiede der Entwick-

lungungsverläufe bezüglich Intercept und Slope zum Trotz die Heterogenität der Verläufe in der Stichprobe durch eine finite Menge von Regressionsgeraden erklärt werden kann, wobei jede Gerade einer qualitativ abgegrenzten Klasse von Entwicklungsverläufen entspricht (Andruff, Carraro, Thompson, Gaudreau & Louvet, 2009; Nagin, 2005).

Für die vorliegende Untersuchung wurden zur Identifikation von Klassen differentieller Verläufe latente Klassenregressionsmodelle mit Messwiederholungsfaktor erstellt, bei denen die Varianz von Slope und Intercept ausschließlich zwischen Klassen, nicht jedoch innerhalb von Klassen analysiert wird. Diese weniger komplexe Form der Analyse ist dann indiziert, wenn die Stichprobengröße eher gering ist und komplexere Modelle an nonconvergence scheitern. Häufig werden derartige latente Klassenregressionsmodelle erstellt, bevor ein Growth Mixture Model geschätzt wird (Berlin, Parra & Williams, 2014; Jung & Wickrama, 2008). Die hier verwendete spezifische Form der latenten Klassenregression mit zwei Messzeitpunkten erlaubt weder eine Identifikation nonlinearer Verläufe noch eine Differenzierung latenter Klassen anhand des Kurvenverlaufstyps (Duncan, Duncan & Strycker, 2011; Duncan & Duncan, 2004; Rogosa, 1988; Rogosa & Willett, 1985).

Es wurden Modelle mit $k = 1, 2, 3, 4, 5$ latenten Klassen geschätzt und verglichen. Die Modelle wurden über die Maximum-Likelihood-Methode (ML) und den Expectation Maximization (EM) Algorithmus (Dempster, Laird & Rubin, 1977) geschätzt. Da für die Log-Likelihood-Funktion multiple lokale Maxima vorliegen können, wurden die Analysen für unterschiedliche Startwerte durchgeführt (McLachlan & Peel, 2004). Die Auswahl des besten Modells, i.e. der optimalen Anzahl von Komponenten, erfolgte nach Abwägung

von Modellkomplexität und Goodness-of-fit anhand des minimalen Bayesian Information Criteria (BIC) (Nylund, Asparouhov & Muthén, 2007; Schwarz, 1978), der log-Likelihood, Akaikes Information Criterion (AIC) (Akaike, 1974), der Integrated Completed Likelihood (ICL) (Biernacki, Celeux & Govaert, 2000) sowie der Entropie (Jedidi, Ramaswamy & DeSarbo, 1993). Letztere entspricht einem zwischen 0 und 1 variierendem Wert, bei dem höhere Werte eine bessere Klassifikation widerspiegeln. Umso höher der Wert für Entropie, desto besser werden Versuchspersonen einer *und nur einer* Kategorie zugeordnet. Werte über .80 gelten dabei als gut (Muthén, 2004). Die Einbeziehung der Entropiekennwerte stellt eine wichtige Ergänzung zu den etablierten Kennwerten AIC und BIC dar, da diese stark von der Stichprobengröße beeinflusst sind (Hu & Bentler, 1998). Visuelle Analysen der Rootogramme der posterioren Wahrscheinlichkeiten der Zuordnung zu den Komponenten ergänzten die Beurteilung der Entropie. Die Zahl der Iterationen wurde auf maximal 300 festgelegt.

In einem nächsten Schritt wurde daraufhin der Einfluss² der Variable Messzeitpunkt auf die abhängige Variable IES-R-Summenscore auf Signifikanz untersucht und damit die Hypothese geprüft, dass der IES-R-Summenscore sich in allen drei Subgruppen im Verlauf signifikant verringert. Diese Analyse wurde von der Identifikation latenter Klassen durch das finite gemischte Modell getrennt, um nicht das selbe Modell zur Schätzung der latenten Klassen sowie zur Schätzung der Signifikanz des festen Effekts Messzeitpunkt zu verwenden. Für jede der mittels des finiten gemischten Modells

²Der Begriff „Einfluss“ ist hier aufgrund des nicht randomisiert-kontrollierten Designs nicht kausal zu verstehen.

identifizierten Subgruppen wurden gemischte lineare Modelle mit dem IES-R-Summenscore als abhängiger Variable, Messzeitpunkt als festem Effekt sowie Aufenthaltsdauer, Geschlecht und Alter als zeitkonstanten Kovariaten ohne Interaktionsterm auf ihre Maximum-Likelihood-Lösung hin untersucht. Während der Einfluss der Variable Zeitpunkt untersucht werden sollte, sollte für potentielle Einflüsse durch die Kovariaten Aufenthaltsdauer, Alter und Geschlecht kontrolliert werden. Als konservative Maßnahme zur Reduktion des Typ I-Fehlers (Barr, Levy, Scheepers & Tily, 2013) wurden neben den Patienten-Intercepts Random Slopes für den Effekt des Messzeitpunktes eingefügt, um innerhalb der Subgruppen divergierende Steigungen zu erlauben. Über das Bayesian Information Criterion wurde überprüft, ob diese Modelle mit variierenden Intercepts und variierender Steigung (Random Intercept-Random Slope Modell) einen gegenüber weniger komplexen Modellen wie dem Random Intercept Modell besseren Fit aufweisen. Daraufhin wurden mittels konditionaler F -Tests mit Schätzung der Freiheitsgrade nach der Kenward-Roger-Methode (Kenward & Roger, 1997) die linearen gemischten Modelle mit Zeit als Fixed Factor und Geschlecht, Alter und Aufenthaltsdauer als zentrierten Kovariaten mit ihren korrespondierenden Nullmodellen ohne Messzeitpunkt bzw. ohne die Kovariaten verglichen. So wurde die Hypothese geprüft, dass der Summenscore des IES-R sich im Therapieverlauf signifikant reduziert. Die Voraussetzungen der Normalität und Homoskedastizität wurden visuell über Q-Q-Plots und Residual-Plots sowie mittels Shapiro-Wilk-Tests überprüft.

2.4.5 Klinische und nicht–klinische Merkmale der Klassen von Verläufen

Die mittels latenter Klassenregression identifizierten Klassen mit distinkten Behandlungsverläufen wurden hinsichtlich demographischer, klinischer und nicht-klinischer Merkmale, die als Prädiktoren von Therapieverläufen bei PTBS diskutiert werden, durch univariate Tests näher untersucht. Zu diesem Zweck kamen Varianzanalysen für intervallskalierte und normalverteilte³ Variablen, der Kruskal-Wallis-Test für intervallskalierte, jedoch nicht normalverteilte Variablen sowie Fischers Exakter Test für kategoriale Variablen zum Einsatz. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da multinomiale Regressionsmodelle aufgrund ausgeprägter Multikollinearität der möglichen Prädiktor-Variablen nicht sinnvoll anzuwenden waren. Angesichts der exploratorischen Natur dieser Untersuchung wurde eine Vielzahl von Variablen untersucht, wodurch die Wahrscheinlichkeit von Typ-I-Fehlern deutlich ansteigt. Diese erhöhte Wahrscheinlichkeit wurde in Kauf genommen, um die Wahrscheinlichkeit des Typ-II-Fehlers zu reduzieren. Die Anwendung einer Bonferroni-Korrektur würde mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einher gehen, relevante Unterschiede zwischen den latenten Klassen zu übersehen.

2.4.6 Prädiktion der Klassenzugehörigkeit (CART)

Mittels Klassifikations- und Regressionsbäumen (Classification and Regression Trees; CART) sollten in einem weiteren Schritt für eine real-world-Anwendung geeignete Wenn-Dann-Regeln zur Prädiktion von Verläufen be-

³Die Verteilungsform wurde mittels Shapiro-Wilk-Test überprüft.

reits bei Aufnahme identifiziert werden. CART dienen der Klassifikation und Prädiktion und zielen darauf ab, Regeln zu identifizieren, die das Outcome einer abhängigen Variable y durch Prädiktoren x_1, x_2, \dots, x_n erklären und vorhersagen. Die Prädiktorvariablen können sowohl metrisch als auch kategorial sein. Der oberste Knoten eines Klassifikationsbaums umfasst die gesamte Stichprobe. Diese wird in der Folge anhand von Cut-Off-Werten der Prädiktorvariablen in Subgruppen unterteilt. Die Auswahl der Variablen und der Cut-Off-Werte erfolgen dergestalt, dass die Homogenität der abhängigen Variable in den Subgruppen maximiert wird. Dieser Prozess wird so lange wiederholt, bis ein Modell entstanden ist, dass dem Kliniker die wichtigsten binären Entscheidungen in der Prognosestellung in Form einer Baumstruktur darstellt.

Aufgrund zu erwartender Multikollinearität der potentiellen Prädiktorvariablen wurden zunächst Varianzinflationsfaktoren⁴ berechnet und eine Korrelationsmatrix der Prädiktorvariablen erstellt. Mit einem VIF-Cut-Off-Wert von 5 (Rogerson, 2001) und einem Cut-Off-Wert für Pearson-Korrelationen der Prädiktor-Variablen von .4 (Dormann et al., 2013; Suzuki, Olson & Reilly, 2008) wurden strenge und sensitive Cut-Offs festgelegt.

In die Voranalysen zur Erstellung des Klassifikationsbaum-Modells gingen all jene Variablen ein, für die sich signifikante Unterschiede zwischen den Clustern ergeben hatten, also Angst (ISR und HEALTH-49), Depression (ISR und HEALTH-49), Somatoforme Beschwerden (ISR und HEALTH-49), Zwang (ISR), Essstörung (ISR), Sexueller Missbrauch (CTQ), Achtsamkeit (FFA), Dissoziation (DES-T), Interaktionelle Schwierigkeiten (HEALTH-

⁴ $VIF = \frac{1}{1-R_i^2}$

49), Psychisches Wohlbefinden (HEALTH-49) sowie Aktivität und Partizipation (HEALTH-49). Die Skala Psychische und Somatoforme Beschwerden des HEALTH-49 wurde exkludiert, da sie eine Kombination der Skalen Depression, phobische Ängste und Somatoforme Beschwerden darstellt. Bei den Skalen für Angst und Depression wurden die Subskalen des HEALTH-49 denen des ISR vorgezogen. Hinsichtlich der Skalen für somatoforme Beschwerden wurde die Skala des ISR jener des HEALTH-49 vorgezogen, da sie eine bessere Spezifität als die sehr unspezifische Skala des HEALTH-49 aufweist. Um Overfitting zu vermeiden, wurde nach Konstruktion des Klassifikationsbaums die Korrekturmethode Post-Pruning (Breiman, Friedman, Olshen & Stone, 1984) angewandt. Dabei werden die Äste entfernt, die am wenigsten zur Homogenität des Klassifikationsbaums beitragen. Über die Analysen der Fehlerscores der CART-Modelle wurde der optimale Komplexitätsparameter (CP) identifiziert.

2.4.7 Analyse der Symptomverläufe in den Klassen

Abschließend wurden die Symptomverläufe der Klassen hinsichtlich der sekundären Outcome-Maße analysiert. Die Analysen der Symptomveränderungen in den Klassen erfolgten analog zu jener in den Gesamtstichproben. So wurden Prä-Post-Analysen hinsichtlich der HEALTH-49-Subskalen Angst, Depression, somatoforme Beschwerden, psychische und somatoforme Beschwerden, psychisches Wohlbefinden, interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit, Aktivität und Partizipation, soziale Unterstützung und soziale Belastung, der ISR-Subskalen Depression, Angst, Somatisierung, Zwang und

Essstörung sowie des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit und der Dissociative Experiences Scale - Taxon durchgeführt. Die Verteilungsformen der Daten wurden mittels des Shapiro–Wilk–Tests auf Normalität überprüft. Lag eine Normalverteilung der Messwertdifferenzen vor, so wurden gemischte lineare Modelle mit statistischer Kontrolle der Kovariaten Aufenthaltsdauer, Geschlecht und Alter geschätzt. Verstießen die Daten gegen die Annahme normal verteilter Daten, kam als nonparametrisches Verfahren zur Prä–Post–Analyse der Wilcoxon–Test zum Einsatz. In diesem Fall wurden keine Effektstärken berechnet. In der Folge wurden die Standardfehler sowie die Standardfehler der Mittelwertsdifferenzen berechnet und klinische Signifikanzmaße bestimmt. Diese wurden grafisch mittels Plots aufbereitet.

2.5 Software

Die Datenanalysen erfolgten mittels *R* (R Core Team, 2014) auf einem PC mit Intel ® Core 2 Duo™ P8600 Prozessor, 3GB DDR RAM und Windows 7 (32 Bit)®. Generalisierte lineare gemischte Regressionsmodelle wurden mittels *lme4* (Bates, Maechler, Bolker & Walker, 2013) und *afex* (Singmann, Bolker & Westfall, 2015) analysiert, latente Klassenregressionen mittels *flexmix* (Grün & Leisch, 2008; Leisch, 2004) und CART-Analysen mittels *rpart* (Therneau, Atkinson & Ripley, 2013), *partykit* (Hothorn & Zeileis, 2014) und *party* (Hothorn, Hornik & Zeileis, 2006).

Die Varianzinflationsfaktorenanalyse erfolgte mittels des *fmsb*-Pakets (Nakazawa, 2014) sowie des *VIF*-Pakets von Lin (2012), weitere parametrische und nonparametrische Tests und Korrelationsanalysen mit Hilfe des *stats*–

Pakets (R Core Team, 2014). Levenes Tests auf Varianzhomogenität wurden mit Hilfe des *car*-Pakets (Fox & Weisberg, 2011) berechnet. Die Datenaufbereitung erfolgte mit Hilfe durch das Paket *reshape* (Wickham & Hadley, 2007), Venn-Diagramme wurden mit Hilfe des Pakets *VennDiagram* von Chen (2014) erstellt. Der Appendix enthält vom Autor für diese Untersuchung angepasste *R*-Funktionen.

Kapitel 3

Ergebnisse

3.1 Stichprobenbeschreibung

Zwischen Mai 2013 und Mai 2015 wurden 170 PatientInnen, die sowohl die Kriterien einer PTBS sowie einer komplexen PTBS erfüllten, stationär auf der Psychotraumatologie-Station der Klinik St. Irmingard behandelt. 24 PatientInnen, die im Rahmen einer vierwöchigen Krisenintervention behandelt wurden, wurden in die folgenden Untersuchungen nicht eingeschlossen. Ebenso wurden sieben PatientInnen, die die Therapie abbrachen, disziplinarisch entlassen wurden oder verlegt werden mussten, aus den Analysen ausgeschlossen. Wurden Pat. zwischenzeitlich für nicht mehr als eine Nacht auf eine geschützte Station in eine psychiatrische Klinik verlegt, so wurden sie in die Analysen eingeschlossen. Eine detaillierte Beschreibung demographischer und psychopathologischer Maße verbietet sich angesichts der extrem geringen Anzahl von Abbrechern aus datenschutzrechtlichen Gründen. Univariate Tests offenbarten jedoch keine signifikanten Unterschiede in Bezug

auf die PTBS-Symptombelastung bei Aufnahme. Insgesamt liegen für die regulären Verläufe von 139 PatientInnen komplette Daten vor. Die mittlere Aufenthaltsdauer betrug 79.5 Tage ($SD = 10.2$).

3.1.1 Missing Data

Da die PatientInnen zur Durchführung der Testdiagnostik mobile elektronischer Eingabegeräte verwendeten, ließ sich eine hohe Qualität der Daten sicherstellen und es sind kaum fehlende Werte im Datensatz zu beobachten. Da für die meisten Variablen Eingabemasken verwendet wurden, waren darüber hinaus keine Probleme mit offensichtlich falschen, unrealistisch hohen oder niedrigen Werten zu beobachten. Lineare gemischte Modelle sind äußerst robust gegenüber fehlenden Daten, solange diese das missing-at-random-Kriterium (Little & Rubin, 1987) erfüllen.

3.1.2 Demographische Daten

Bei der stationären Aufnahme betrug das durchschnittliche Alter der PatientInnen 47.4 Jahre ($SD = 10.6$ Jahre; Minimum 18 Jahre, Maximum 73 Jahre). 119 (85.6%) der PatientInnen waren weiblich und 20 (14.4%) männlich. 129 (92.8%) der PatientInnen besaßen die deutsche Staatsbürgerschaft. 28 (20.1%) der PatientInnen arbeiteten in Vollzeit und 32 (23.0%) PatientInnen bezogen ihr Einkommen aus einer Arbeitstätigkeit. 78 (56.1%) der PatientInnen lebten in einer festen Partnerschaft, 40 PatientInnen (28.8%) waren verheiratet und lebten mit ihrem Partner zusammen. 36 (33.1%) der PatientInnen hatten Kinder. Eine detaillierte Übersicht über die soziodemografischen Daten der Stichprobe findet sich in Tabelle 3.1 auf den folgenden Seiten

bis Seite 81.

Variable		<i>N</i>	%
Geschlecht	weiblich	119	85.6%
	männlich	20	14.4%
Familienstand	ledig	51	36.7%
	verheiratet und zusammen	40	28.8%
	verheiratet und getrennt	9	6.5%
	geschieden	37	26.6%
	verwitwet	3	2.2%
	keine Angabe	0	0%
Partnersituation	kurzfristig kein Partner (< 1 Jahr)	13	9.4%
	langfristig kein Partner (> 1 Jahr)	47	33.8%
	wechselnde Partner	1	0.7%
	fester Partner, zusammen lebend	57	41.0%
	fester Partner, nicht zusammen lebend	21	15.1%
Kinder	0	93	66.9%
	1	19	13.7%
	2	16	12%
	3	6	11.5%
	4	4	2.9%
	5	0	0%
	6	1	0.7%
	keine Angabe	0	0%
Haushalt	(Pflege-/Stief-)Eltern	3	2.2%
	eigener Haushalt mit Partner	60	43.2%
	eigener Haushalt ohne Partner	60	43.2%
	bei Kindern	1	0.7%
	Schwester / Bruder	1	0.7%
	Enkel	0	0%
	andere Verwandte	0	0%

	Bekannte, Wohngemeinschaft	5	3.6%
	Institution	5	3.6%
	sonstiger Haushalt	1	0.7%
	ohne festen Wohnsitz	1	0.7%
	sonstige	0	0%
	unbekannt / unklar	1	0.7%
Schulabschluss	noch in Schule	1	0.7%
	kein Schulabschluss	3	2.2%
	Sonderschulabschluss	1	0.7%
	Hauptschulabschluss	17	12.2%
	Qualifizierter Hauptschulabschluss	20	14.4%
	Mittlere Reife	44	31.7%
	Polytechnische Oberschule	2	1.4%
	(Fach-)Abitur	43	30.9%
	anderer	7	5.0%
	unbekannt / unklar	1	0.7%
Berufsabschluss	in Ausbildung / Student	1	0.7%
	Lehre abgeschlossen	65	46.8%
	Fachschule abgeschlossen	23	16.6%
	Meister	1	0.7%
	Fachhochschul-/Universitätsabschluss	27	19.4%
	ohne Abschluss	14	10.1%
	sonstiger Abschluss	7	5.0%
	unbekannt / unklar	1	0.7%
Berufstätigkeit	ungelernter Arbeiter	14	10.1%
	Facharbeiter	3	2.2%
	einfacher Angestellter / Beamter	49	35.3%
	mittlerer Angestellter / Beamter im mittleren Dienst	30	21.6%

	höherer Angestellter / Beamter im gehobenen Dienst	14	10.1%
	Leitender Angestellter / Beamter im höheren Dienst	7	5.0%
	Selbständiger Handwerker / Landwirt / Gewerbetreibender (kleine Betriebe)	3	2.2%
	Selbständiger Handwerker / Landwirt / Gewerbetreibender (mittlere Betriebe)	0	0%
	Selbständiger Akademiker, Unternehmer	3	2.2%
	in Ausbildung / Lehre	4	2.9%
	nie erwerbstätig	3	2.2%
	unbekannt / unklar	8	5.8%
Erwerbstätigkeit	Vollzeit	28	20.1%
	Teilzeit	17	12.2%
	Altersteilzeit	0	0%
	zweiter Arbeitsmarkt / Minijob	1	0.7%
	Gelegenheitsarbeit	2	1.4%
	Berufsfördernde Maßnahme	0	0%
	mithelfender Familienangehöriger	0	0%
	Hausfrau /-mann	2	1.4%
	Ausbildung / Umschulung	1	0.7%
	Freiwilliges soziales Jahr	0	0%
	beschützt beschäftigt	2	1.4%
	arbeitslos gemeldet	14	10.1%
	Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente auf Dauer	28	20.1%
	Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente auf Zeit	9	6.5%
	Frührente / Altersrente / Pension	8	5.8%
	Witen-/Witwerrente	1	0.7%
	(Teil-)Rente und beschäftigt	2	1.4%
	anderweitig ohne berufliche Beschäftigung	2	1.4%

	anderes	18	12.9%
	unbekannt / unklar	2	1.4%
Einkommen	Arbeitstätigkeit	32	23.0%
	Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente	37	26.6%
	Altersrente	7	5.0%
	Krankengeld	17	12.2%
	Eigenes Aufkommen und Fremdaufkommen	1	0.7%
	Unterstützung durch Verwandte	3	2.2%
	Unterhalt durch (Ex-)Partner	7	5.0%
	Arbeitslosengeld I	6	4.3%
	Arbeitslosengeld II	22	15.8%
	BAföG	1	0.7%
	sonstiges	6	4.3%
	unbekannt / unklar	0	0%
Rentenverfahren	trifft nicht zu	114	83.5%
	geplant	7	5.0%
	gestellt	13	9.4%
	Sozialgerichtsverfahren läuft	0	0%
	Zeitrentenantrag gestellt	4	2.9%
Nationalität	deutsch	129	92.8%
	österreichisch	1	0.7%
	bosnisch	3	2.2%
	britisch	1	0.7%
	polnisch	1	0.7%
	türkisch	3	2.2%
	kameruanisch	1	0.7%

Tabelle 3.1: Die soziodemografischen Merkmale der 139 PatientInnen der Stichprobe.

3.1.3 Stationär-psychiatrische und stationär psychosomatische Vorbehandlungen

Für 15.1% der PatientInnen war die stationär-psychosomatische Behandlung auf der Psychotraumatologie-Station der Klinik S. Irmingard die erste stationär-psychosomatische oder stationär-psychiatrische Behandlung. 84.9% der PatientInnen hatten mindestens eine vorangegangene stationäre psychosomatische oder psychiatrische Behandlung. Für 15.8% der PatientInnen stellte ihr Aufenthalt den zweiten stationären Aufenthalt in einer psychosomatischen oder psychiatrischen Klinik dar, für 43.1% der PatientInnen war es der dritte, vierte oder fünfte Aufenthalt. Für mehr als die Hälfte der PatientInnen war der aktuelle Aufenthalt demnach der mindestens dritte stationäre Aufenthalt in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik. Für 26% der PatientInnen war der Aufenthalt die mindestens fünfte, für 11% der PatientInnen die mindestens zehnte stationäre Behandlung. Eine detaillierte Aufstellung findet sich in Tabelle 3.2 auf Seite 83.

3.1.4 Suizidversuche in der Anamnese

Das Vorliegen eines gesicherten Suizidversuches wurde durch die behandelnden ÄrztInnen und PsychologInnen anhand der biographischen Anamnese dokumentiert und entspricht nicht notwendigerweise den Einschätzungen der PatientInnen. Nur gesicherte und dokumentierte Suizidversuche gehen in die Statistik ein, nicht jedoch parasuizidale Handlungen.

Bei 81 der 139 PatientInnen (58.3%) konnte kein Anhalt für einen Suizidversuch in der Anamnese festgestellt werden. Bestätigte Suizidversuche

Anzahl stationärer Vorbehandlungen	$N(\%)$	$N_{\text{kumulativ}}$ ($\%_{\text{kumulativ}}$)
0	21 (15.1%)	21 (15.1%)
1	22 (15.8%)	43 (30.9%)
2	23 (16.5%)	66 (47.5%)
3	19 (13.7%)	85 (61.2%)
4	18 (12.9%)	103 (74.1%)
5	7 (5.0%)	110 (79.1%)
6	5 (3.6%)	115 (82.7%)
7	2 (1.4%)	117 (84.2%)
8	6 (4.3%)	123 (88.5%)
9	1 (0.7%)	124 (89.2%)
10	4 (2.9%)	128 (92.1%)
11	1 (0.7%)	129 (92.8%)
12	2 (1.4%)	131 (94.3%)
13	1 (0.7%)	132 (95.0%)
15	4 (2.9%)	136 (97.8%)
25	1 (0.7%)	137 (98.6%)
unbekannt	2 (1.4%)	139 (100%)

Tabelle 3.2: Stationäre Vorbehandlungen der 139 PatientInnen.

in der Anamnese finden sich bei 42 der 139 PatientInnen (30.2%). Bei 19 PatientInnen (13.6%) fanden sich mehr als ein gesicherter Suizidversuch in der Anamnese. Bei 16 PatientInnen (11.5%) konnte keine ausreichend valide Aussage zur genauen Anzahl von Suizidversuchen in der Anamnese getroffen werden. Detaillierte Angaben sind Tabelle 3.3 auf Seite 84 zu entnehmen.

Anzahl Suizidversuche	<i>N</i>	%
0	81	58.3%
1	23	16.6%
2	11	7.9%
3	3	2.2%
4	1	0.7%
5	0	0%
6	1	0.7%
7	0	0%
8	2	1.4%
9	1	0.7%
10	0	0%
unklar	16	11.5%

Tabelle 3.3: Suizidversuche in der Anamnese der 139 PatientInnen.

3.1.5 Ausmaß der Kindheitstraumatisierungen

Bei den untersuchten PatientInnen handelt es sich um eine durch Kindheitstraumatisierungen außergewöhnlich schwer belastete Stichprobe. Die Mittel-

werte sowie die Standardabweichungen der Subskalen sind Tabelle 3.4 auf Seite 85 zu entnehmen.

CTQ (Sub-)Skala	<i>M</i>	<i>SD</i>
Emotionaler Missbrauch	17.0	5.7
Körperliche Misshandlung	12.7	6.6
Sexueller Missbrauch	14.1	7.5
Emotionale Vernachlässigung	19.3	5.5
Körperliche Vernachlässigung	12.8	5.0
Summenscore	75.9	23.3

Tabelle 3.4: Die durchschnittlich im CTQ geschilderte Belastung durch Kindheitstraumatisierung ($N=139$).

Legt man gemäß der Auswertungshinweise von Bernstein und Putnam (1986) eine „moderate“ Ausprägung als Cut-Off für das Vorliegen einer Traumatisierung zugrunde, so zeigt sich, dass 133 der 139 PatientInnen der Stichprobe (95.7%) angeben, in der Kindheit traumatisiert worden zu sein. 107 PatientInnen (76.9%) schildern sexuellen Missbrauch, 93 PatientInnen (66.9%) schildern körperlichen Missbrauch, 117 PatientInnen (84.2%) schildern körperliche Vernachlässigung, 125 PatientInnen (89.9%) schildern emotionalen Missbrauch und 129 PatientInnen (92.8%) schildern emotionale Vernachlässigung.

Die größte Untergruppe von PatientInnen ($N=74$; 53.2%) gibt an, alle fünf Formen kindlicher Traumatisierung in mindestens „moderatem“ Ausmaß erlebt zu haben. Die nächstgrößere Gruppe ($N=18$; 12.9%) schildert Trauma-

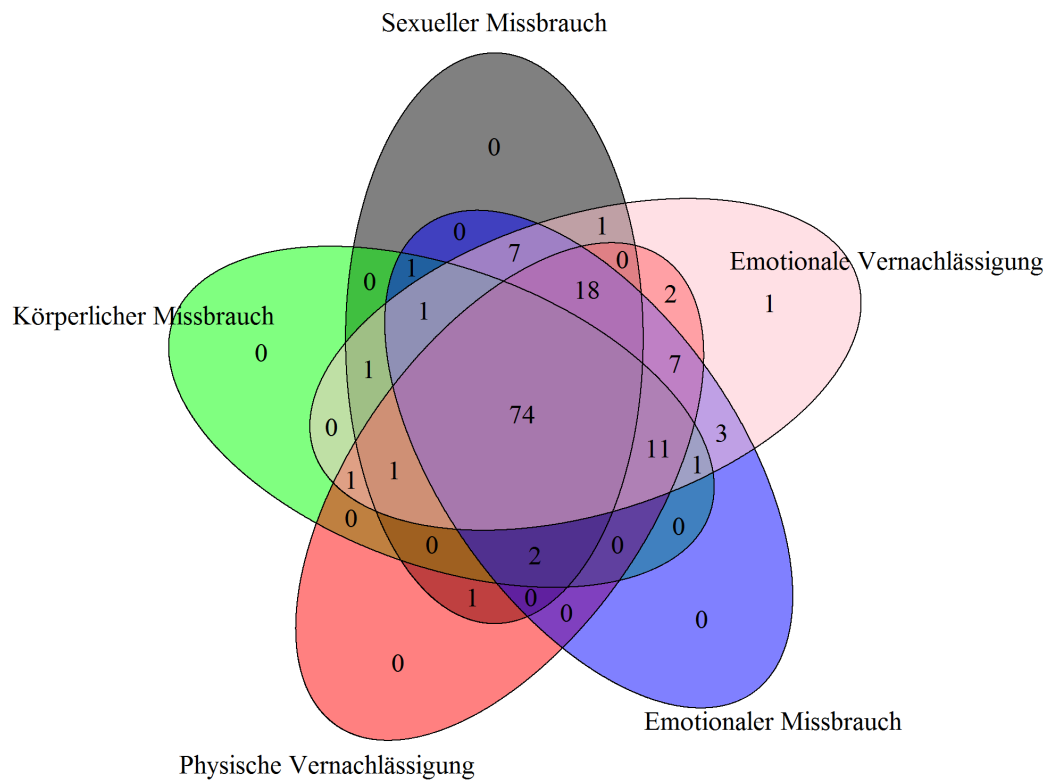


Abbildung 3.1: Venn Diagramm überschrittener Cut-Off-Werte („niedrig bis moderat“) in den CTQ-Subskalen; Es zeigt sich, dass der größte Anteil der 139 PatientInnen die Kriterien für alle fünf im CTQ erhobenen Formen der Kindheitstraumatisierung gleichzeitig erfüllt. Kindheitstraumatisierungen in nur einem Bereich liegen bei Verwendung der Cut-Off-Werte für ein moderates Ausmaß an Traumatisierung in der Stichprobe hingegen kaum vor.

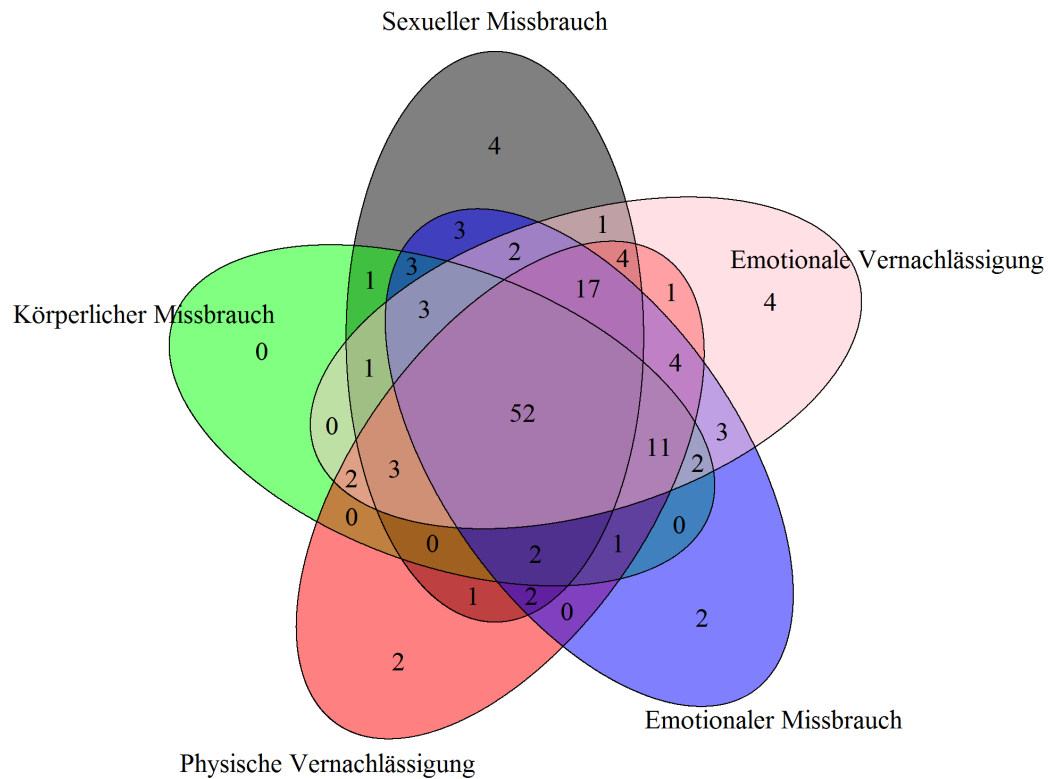


Abbildung 3.2: Venn Diagramm überschrittener Cut-Off-Werte („moderat bis schwer“) in den CTQ-Subskalen; Es zeigt sich, dass 52 der 139 PatientInnen (37.4%) hinsichtlich aller Subskalen oberhalb des Cut-Offs für eine schwere Ausprägung der Kindheitstraumatisierung liegen. Schwere Kindheitstraumatisierungen in nur einem Bereich liegen hingegen in der Stichprobe kaum vor.

tisierungen in allen Bereichen mit Ausnahme körperlicher Misshandlung. Die drittgrößte Gruppe ($N=11$; 7.9%) gibt an, alle Formen kindlicher Traumatisierung mit Ausnahme sexuellen Missbrauchs erlebt zu haben. 6 PatientInnen (4.3%) geben an, gemäß des Cut-Offs keine Traumatisierung in der Kindheit erlebt zu haben. Das Venn Diagramm 3.1 auf Seite 86 verdeutlicht diese Zusammenhänge unterschiedlicher Formen der Traumatisierung in der Stichprobe.

Legt man gemäß der Auswertungshinweise von Bernstein und Putnam (1986) eine „schwere“ Ausprägung als Cut-Off für das Vorliegen einer Traumatisierung zugrunde, so zeigt sich, dass 131 (94.2%) der Stichprobe angeben, in der Kindheit traumatisiert worden zu sein. 99 PatientInnen (71.2%) schildern sexuellen Missbrauch, 81 PatientInnen (58.3%) schildern körperlichen Missbrauch, 102 PatientInnen (73.4%) schildern körperliche Vernachlässigung, 107 PatientInnen (76.9%) schildern emotionalen Missbrauch und 110 PatientInnen (79.1%) schildern emotionale Vernachlässigung.

Die größte Untergruppe von PatientInnen ($N=52$; 37.4%) gibt an, alle fünf Formen kindlicher Traumatisierung in mindestens „schwerem“ Ausmaß erlebt zu haben. Die nächstgrößere Gruppe ($N=17$; 12.2%) schildert Traumatisierungen in allen Bereichen mit Ausnahme körperlicher Misshandlung. Die drittgrößte Gruppe ($N=11$; 7.9%) gibt an, alle Formen kindlicher Traumatisierung mit Ausnahme sexuellen Missbrauchs erlebt zu haben. 8 PatientInnen (5.8%) geben an, gemäß des Cut-Offs keine Traumatisierung in der Kindheit erlebt zu haben. Das Venn Diagramm 3.2 auf Seite 87 verdeutlicht diese Zusammenhänge unterschiedlicher Formen der Traumatisierung in der Stichprobe.

3.1.6 Belastung durch Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung

Der Mittelwert der IES-R Summenscores zum Aufnahmezeitpunkt lag bei 84.1 ($SD = 11.9$), der Median bei 85.5. Hinsichtlich der Belastung durch Intrusionen zeigte sich eine durchschnittliche Belastung von 29.1 ($SD = 5.5$; Median 31). Der durchschnittliche Wert für Vermeidung lag bei 26.0 ($SD = 7.2$; Median 26) und der Mittelwert für Hyperarousal lag bei 29.0 ($SD = 5.4$; Median 30). Die Scores auf den Subskalen sind nicht normal verteilt ($p < .05$). Die Verteilungen der Scores auf den Subskalen können Grafik 3.3 auf Seite 90 entnommen werden.

3.1.7 Belastung durch dissoziative Symptome

Hinsichtlich der Scores im DES-T zeigte sich eine linksschiefe Verteilung ($W = 0.86, p = .00$). Der Median des Summenmittelwerts lag bei 13.3%, der Mittelwert bei 18.4 ($SD = 18.5$). 57 der 139 PatientInnen (41.0%) hatten einen Summenmittelwert über 15%, 43 PatientInnen (30.9%) hatten einen Summenscore über 20% und 36 PatientInnen (25.9%) hatten einen Summenscore über 25%. Die Verteilung der geschilderten Symptombelastungen ist Grafik 3.4 auf Seite 90 zu entnehmen.

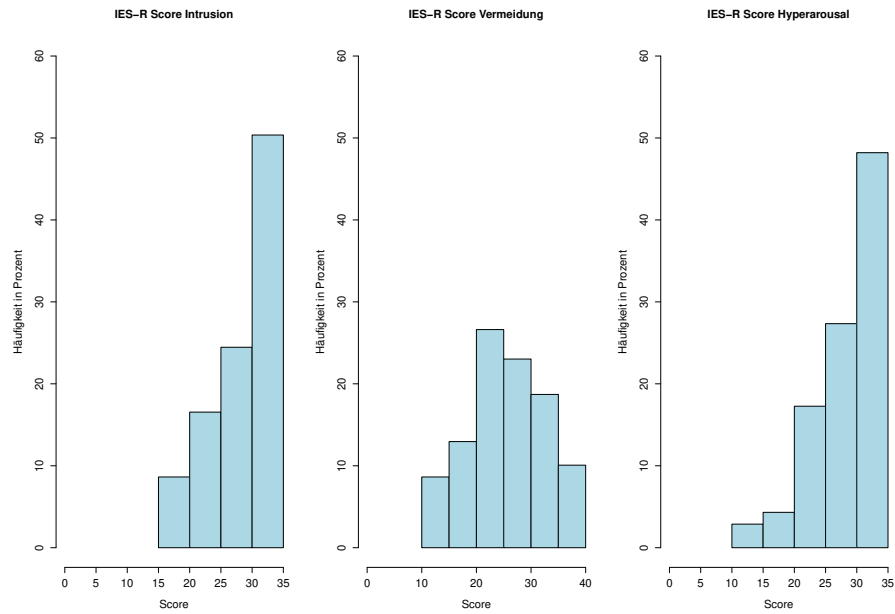


Abbildung 3.3: Das Histogramm zeigt die prozentuale Verteilung berichteter Belastungen bezüglich der IES-R Subskalen Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal.

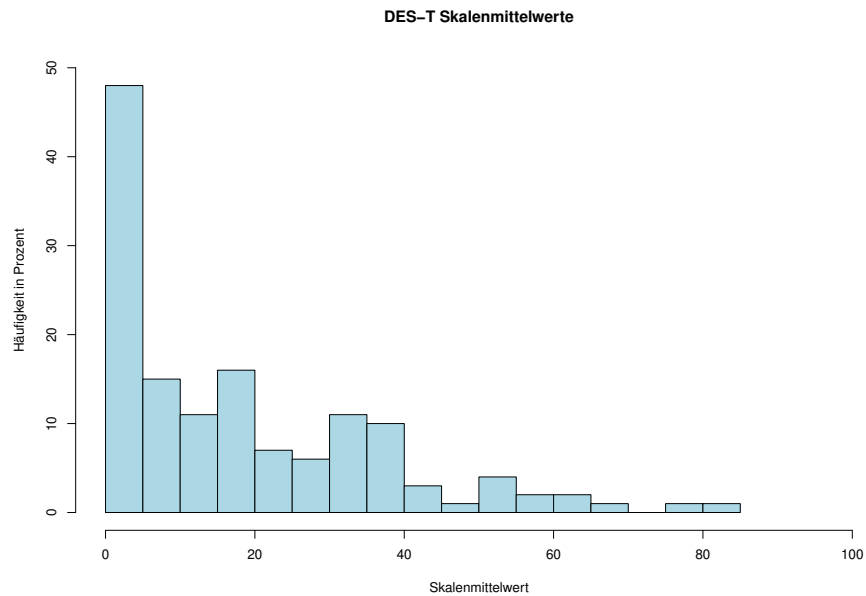


Abbildung 3.4: Histogramm der DES-T-Scores der 139 PatientInnen.

3.1.8 Belastung durch depressive Symptome

Hinsichtlich der depressiven Belastung zeigten sich sowohl im HEALTH-49 als auch im ICD-10-Symptomrating rechtsschiefe Verteilungen ($p < .05$). Im ISR wurde eine mittlere Belastung von 2.6 ($SD = .9$) berichtet, der Median lag bei 2.8. Im HEALTH-49 lag der Mittelwert bei Aufnahme ebenso wie der Median bei 2.5 ($SD = .9$). Der Referenzwert depressiver Symptombelastung bei stationären PsychotherapiepatientInnen wird in der Literatur mit 1.8 ($SD = 1.0$) angegeben (Rabung, Harfst, Koch & Schulz, 2008). Die Verteilung der geschilderten Symptombelastungen ist Grafik 3.5 auf Seite 92 zu entnehmen.

3.1.9 Belastung durch Angstsymptome

Die Werte beider Subskalen wichen signifikant von der Normalverteilung ab ($p < .05$). Hinsichtlich der Belastung durch Angstsymptome zeigte sich im ICD-10-Symptomrating eine rechtsschiefe und im HEALTH-49 eine links-schiefe Verteilung. Im ISR wurde eine mittlere Angstbelastung von 2.7 ($SD = .9$) berichtet, der Median lag bei 2.8. Im HEALTH-49 lag der Mittelwert bei Aufnahme bei 1.8 ($SD = 1.2$), der Median bei 1.6. Der Referenzwert ängstlicher Symptombelastung bei stationären PsychotherapiepatientInnen wird in der Literatur mit 0.8 ($SD = 0.9$) angegeben (Rabung et al., 2008). Die Verteilung der geschilderten Symptombelastungen ist Grafik 3.6 auf Seite 92 zu entnehmen.

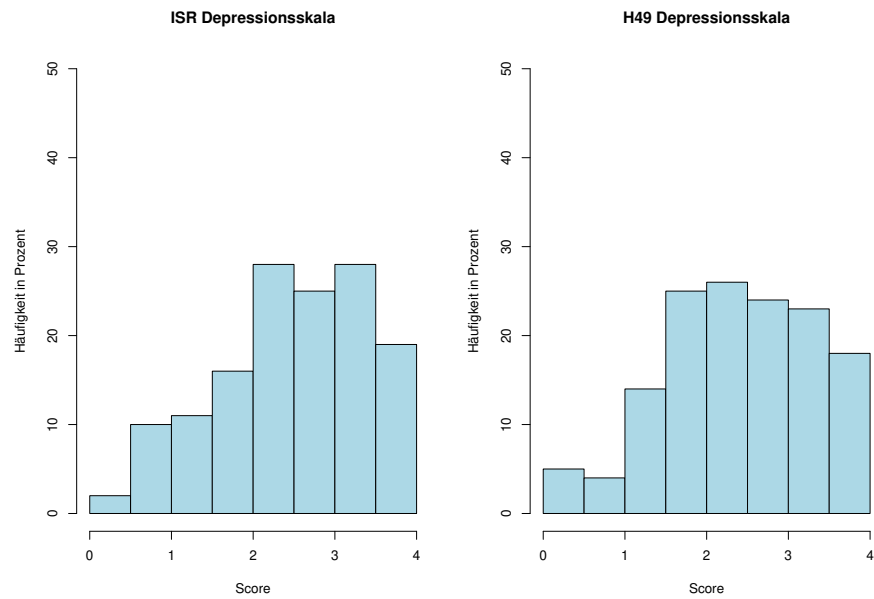


Abbildung 3.5: Histogramm der ISR- sowie der HEALTH-49-Depressionsscores der 139 PatientInnen.

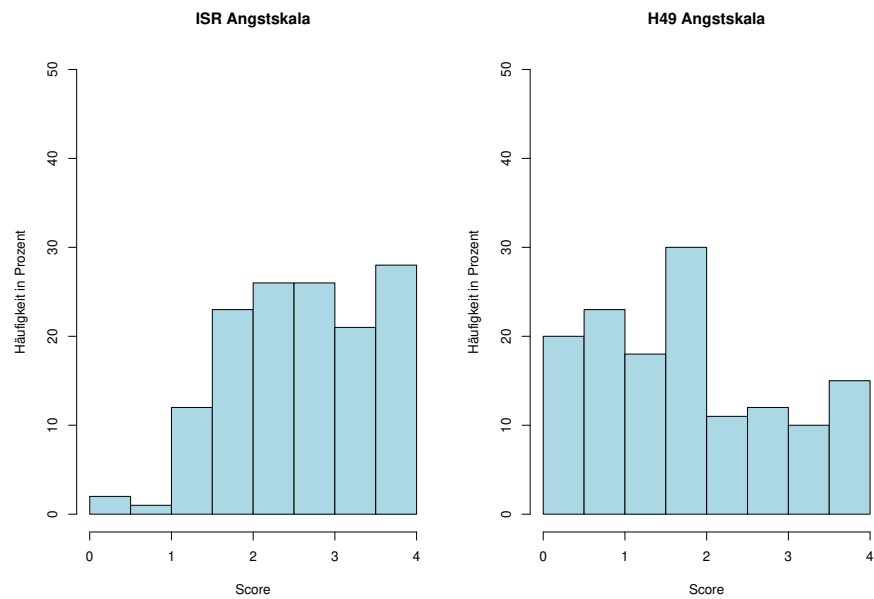


Abbildung 3.6: Histogramm der ISR- sowie der HEALTH-49-Angstscores der 139 PatientInnen.

3.1.10 Belastung durch somatoforme Symptome

Die Werte beider Subskalen wichen signifikant von der Normalverteilung ab ($p < .05$). Hinsichtlich der Belastung durch Angstsymptome zeigte sich im ICD-10-Symptomrating eine linksschiefe und im HEALTH-49 eine rechtschiefe Verteilung. Im ISR wurde eine mittlere Angstbelastung von 0.8 ($SD = .9$) berichtet, der Median lag bei 0.3. Im HEALTH-49 lag der Mittelwert bei Aufnahme bei 2.2 ($SD = 0.9$), der Median bei 2.4. Der Referenzwert der somatoformen Symptombelastung bei stationären PsychotherapiepatientInnen wird für den HEALTH-49 mit 1.6 ($SD = 0.9$) angegeben (Rabung et al., 2008). Die Verteilung der geschilderten Symptombelastungen ist Grafik 3.7 auf Seite 94 zu entnehmen.

3.1.11 Belastung durch Essstörungssymptome

Hinsichtlich der im ISR geschilderten Belastung durch Essstörungssymptome zeigte sich eine linksschiefe Verteilung ($W = .79$, $p = .00$). Im Mittel wurde eine Belastung von 0.9 ($SD = 1.1$) berichtet. Der Median lag bei 0.3. Die Verteilung der geschilderten Symptombelastung ist Grafik 3.8 auf Seite 94 zu entnehmen.

3.1.12 Belastung durch Zwangssymptome

Die Verteilung der Scores auf der ISR-Zwangsskala folgte einer linksschiefen Verteilung ($W = .94$, $p = .00$). Durchschnittlich wurde eine Belastung von 1.8 ($SD = 1.2$) berichtet. Der Median lag bei 1.7. Die Verteilung der geschilderten Symptombelastung ist Grafik 3.9 auf Seite 95 zu entnehmen.

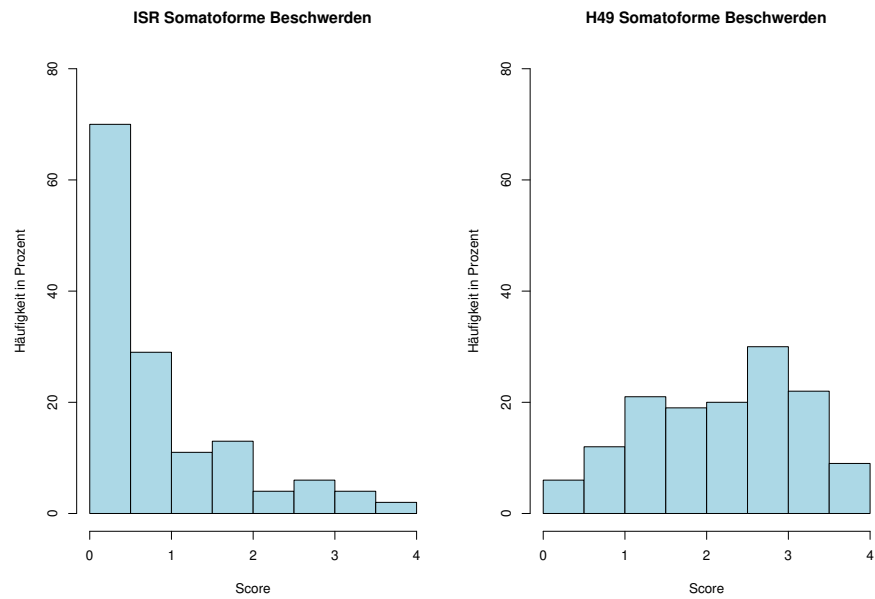


Abbildung 3.7: Histogramm der ISR- sowie der HEALTH-49-Scores für somatoforme Beschwerden der 139 PatientInnen.

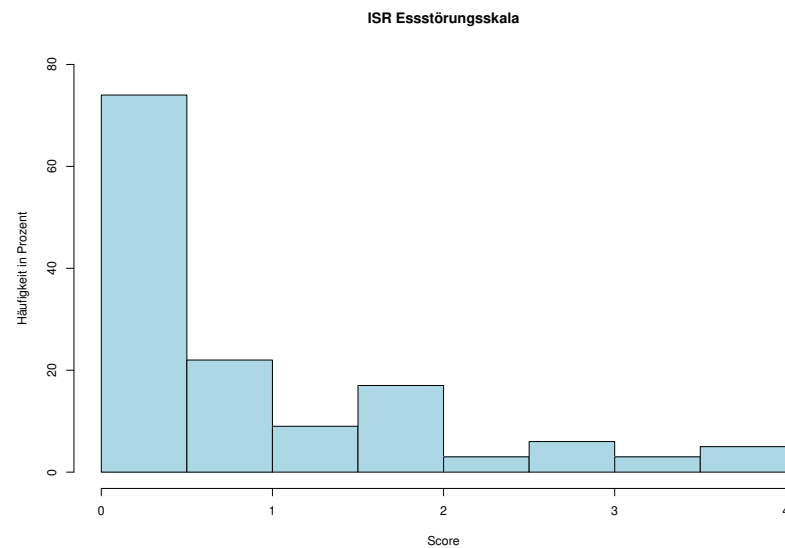


Abbildung 3.8: Histogramm der ISR-Esstörungsscores der 139 PatientInnen.

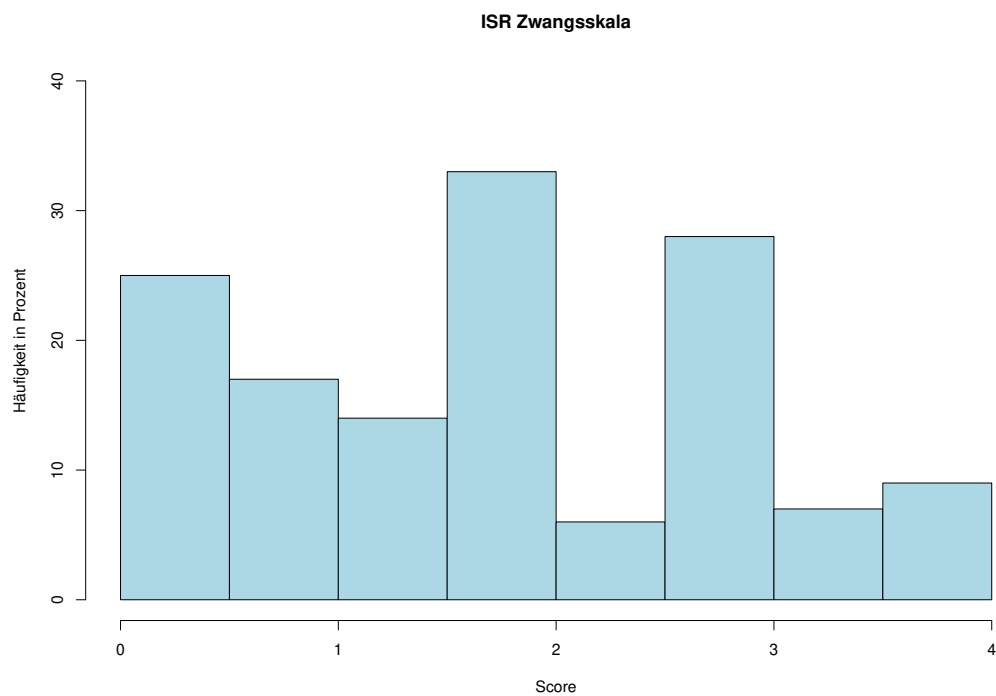


Abbildung 3.9: Histogramm der ISR-Zwangsscores der 139 PatientInnen.

3.1.13 Allgemeine Aspekte psychosozialer Gesundheit

Die Referenzwerte stationärer PsychotherapiepatientInnen für die Subskalen Psychisches Wohlbefinden, Interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit, Aktivität und Partizipation, Soziale Unterstützung und Soziale Belastung des HEALTH-49 stammen aus einer Untersuchung von Rabung et al. (2008). Hinsichtlich des psychischen Wohlbefindens schilderten die 139 PatientInnen bei Aufnahme eine Belastung im Ausmaß von 2.9 ($SD = 0.7$). Der Referenzwert stationärer PsychotherapiepatientInnen liegt bei 2.6 ($SD = 0.8$). Für die Subskala Interaktionelle Schwierigkeiten lag bei Aufnahme ein Mittelwert von 2.5 ($SD = 0.9$) vor, der Referenzwert liegt bei 1.9 ($SD = 1.1$). In Bezug auf das Selbstwirksamkeitserleben lag bei Aufnahme eine durchschnittliche Belastung im Ausmaß von 2.4 ($SD = 0.9$) vor, für die Referenzgruppe liegt die durchschnittliche Belastung bei 2.2 ($SD = 0.9$). Für Aktivität und Partizipation zeigte sich ein Mittelwert von 2.5 ($SD = 0.9$), der Referenzwert liegt hier bei 1.9 ($SD = 0.9$). Im Bezug auf soziale Unterstützung schilderten die PatientInnen bei Aufnahme eine Belastung von 1.9 ($SD = 1.0$), der Mittelwert der Referenzgruppe liegt bei 1.7 ($SD = 0.9$). Für die Subskala Soziale Belastung lag bei Aufnahme ein Mittelwert von 2.0 ($SD = 0.9$) vor, die Referenzgruppe stationärer PsychotherapiepatientInnen liegt hier bei 1.8 ($SD = 0.8$).

3.1.14 Komorbiditäten

Vier PatientInnen (2.9%) der Stichprobe wiesen keine komorbiden psychischen Störungen auf. 23 PatientInnen (16.6%) hatten eine komorbide psy-

chische Störung, 35 PatientInnen (25.2%) hatten zwei komorbide psychische Störungen, 31 PatientInnen (22.3%) hatten drei komorbide psychische Störungen. Bei 28 PatientInnen (20.1%) wurden vier komorbide psychische Störungen verschlüsselt, bei 14 PatientInnen (10.1%) fünf komorbide psychische Störungen und bei vier PatientInnen (2.9%) wurden sechs komorbide psychische Störungen verschlüsselt. Die durchschnittliche Zahl von komorbid-diagnosen lag in der Stichprobe bei 2.8 ($SD = 1.4$), der Median bei 3. 24 PatientInnen (17.2%) wiesen eine störungswertige Suchtproblematik auf (detaillierte Darstellung siehe Tabelle 3.5 auf Seite 98). Drei PatientInnen (2.3%) wiesen eine wahnhaft-oder schizotyp- Störung auf (detaillierte Darstellung siehe Tabelle 3.6 auf Seite 99). Komorbide affektive Störungen waren bei 124 PatientInnen (89.2%) zu beobachten (detaillierte Darstellung siehe Tabelle 3.7 auf Seite 99). 55 PatientInnen (39.6%) hatten eine komorbide Angststörung, 11 PatientInnen (7.9%) eine Zwangsstörung (detaillierte Darstellung siehe Tabelle 3.8 auf Seite 100). 60 PatientInnen (43.2%) wiesen eine eigenständige dissoziative Störung auf (detaillierte Darstellung siehe Tabelle 3.11 auf Seite 101). Somatisierungsstörungen und somatoforme Störungen waren bei 56 PatientInnen (40.3%) festzustellen (detaillierte Darstellung siehe Tabelle 3.10 auf Seite 101). 29 PatientInnen (20.9%) wiesen eine Essstörung auf (detaillierte Darstellung siehe Tabelle 3.9 auf Seite 100). Eine Persönlichkeitsstörung war bei 78 PatientInnen (56.1%) zu konstatieren (detaillierte Darstellung siehe Tabelle 3.12 auf Seite 102).

Variable	<i>N</i>	%
Alkohol, schädlicher Gebrauch	5	3.6%
Alkohol, Abhängigkeit	2	1.4%
Opiate, schädlicher Gebrauch	0	0%
Opiate, Abhängigkeit	1	0.7%
Cannabis, schädlicher Gebrauch	0	0%
Cannabis, Abhängigkeit	0	0%
Sedativa und Hypnotika, schädlicher Gebrauch	1	0.7%
Sedativa und Hypnotika, Abhängigkeit	6	4.3%
Kokain, schädlicher Gebrauch	0	0%
Kokain, Abhängigkeit	1	0.7%
Stimulantien, schädlicher Gebrauch	0	0%
Stimulantien, Abhängigkeit	0	0%
Halluzinogene, schädlicher Gebrauch	0	0%
Halluzinogene, Abhängigkeit	0	0%
Lösungsmittel, schädlicher Gebrauch	0	0%
Lösungsmittel, Abhängigkeit	0	0%
Multiple Substanzen, schädlicher Gebrauch	0	0%
Multiple Substanzen, Abhängigkeit	8	5.8%

Tabelle 3.5: Suchtkomorbiditäten der Patientinnen. 24 der 139 PatientInnen (17.2%) weisen eine störungswertige Suchtproblematik auf. Nikotin- und Koffeinabusus wurden nicht erfasst.

Variable	<i>N</i>	%
Schizotype Störung	2	1.4%
Wahnhafte Störung	1	0.7%
Schizoaffektive Störung	1	0.7%

Tabelle 3.6: 4 der 139 PatientInnen (2.9%) weisen eine komorbide Störung aus dem Bereich Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen auf.

Variable	<i>N</i>	%
Bipolare affektive Störung, ggw. mittelgradige depressive Episode	2	1.4%
Bipolare affektive Störung, ggw. schwere depressive Episode	1	0.7%
Leichte depressive Episode	0	0%
Mittelgradige depressive Episode	8	5.8%
Schwere depressive Episode	6	4.3%
Rezidivierende depressive Störung, ggw. leichte Episode	5	3.6%
Rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode	55	39.6%
Rezidivierende depressive Störung, ggw. schwere Episode	43	30.9%
Dysthymia	3	2.2%

Tabelle 3.7: 124 der 139 Patientinnen (89.2%) weisen komorbide affektive Störungen auf.

Variable	<i>N</i>	%
Agoraphobie ohne Panikstörung	4	2.9%
Agoraphobie mit Panikstörung	22	15.8%
Soziale Phobie	3	2.2%
Spezifische Phobie	3	2.2%
Panikstörung	18	12.9%
Generalisierte Angststörung	3	2.2%
Zwangsstörung, vorwiegend Zwangsgedanken	2	1.4%
Zwangsstörung, vorwiegend Zwangshandlungen	5	3.6%
Zwangsstörung, Zwangsgedanken und -handlungen	4	2.9%

Tabelle 3.8: 55 der 139 PatientInnen (39.6%) weisen eine komorbide Angststörung auf, 11 PatientInnen (7.9%) eine komorbide Zwangsstörung.

Variable	<i>N</i>	%
Anorexia Nervosa	2	1.4%
Atypische Anorexia Nervosa	3	2.2%
Bulimia Nervosa	3	2.2%
Atypische Bulimia Nervosa	2	1.4%
Essattacken	2	1.4%
Psychogenes Erbrechen	5	3.6%
Sonstige Essstörung	4	2.9%
Essstörung, n.n.b.	8	5.8%

Tabelle 3.9: 29 der 139 PatientInnen (20.9%) weisen komorbide Essstörungen auf.

Variable	<i>N</i>	%
Somatisierungsstörung	17	12.2%
Undifferenzierte Somatisierungsstörung	9	6.5%
Hypochondrische Störung	0	0%
Somatoforme Autonome Funktionsstörung	1	0.7%
Anhaltende Somatoforme Schmerzstörung	14	10.1%
Chronische Schmerzstörung	10	7.2%
Sonstige Somatoforme Störung	4	2.9%
Somatoforme Störung, n.n.b.	1	0.7%

Tabelle 3.10: 56 der 139 PatientInnen (40.3%) weisen eine komorbide somatoforme oder Somatisierungsstörung auf.

Variable	<i>N</i>	%
Dissoziative Amnesie	3	2.2%
Dissoziative Fugue	3	2.2%
Dissoziativer Stupor	1	0.7%
Trance- und Besessenheitszustände	4	2.9%
Dissoziative Bewegungsstörung	3	2.2%
Dissoziative Krampfanfälle	3	2.2%
Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen	1	0.7%
Dissoziative Störungen, gemischt	9	6.5%
Dissoziative Identitätsstörung	6	4.3%
DDNOS nach den Kriterien von Dell (2006)	23	16.6%
Depersonalisations- und Derealisationssyndrom	4	2.9%

Tabelle 3.11: 60 der 139 PatientInnen (43.2%) weisen eine komorbide dissoziative Störung auf.

Persönlichkeitsstörung	<i>N</i>	%
Paranoide Persönlichkeitsstörung	0	0%
Schizoide Persönlichkeitsstörung	1	0.7%
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	0	0%
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (impulsiver Typ)	5	3.6%
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline Typ)	20	14.4%
Histrionische Persönlichkeitsstörung	6	4.4%
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	2	1.4%
Ängstliche Persönlichkeitsstörung	14	10.1%
Abhängige Persönlichkeitsstörung	5	3.6%
Narzisstische Persönlichkeitsstörung	4	2.9%
Kombinierte Persönlichkeitsstörung	18	12.9%

Tabelle 3.12: 78 der 139 PatientInnen (56.1%) weisen eine umschriebene Persönlichkeitsstörung auf.

3.2 Psychopharmakologische und analgetische Medikation im Therapieverlauf

Für 132 der 139 PatientInnen können Angaben zur Medikation gemacht werden. 69.8% der PatientInnen gaben bei Aufnahme an, regelmäßig mindestens ein psychopharmakologisches Medikament einzunehmen, 30.2% der PatientInnen nahmen keine regelmäßige psychopharmakologische Medikation ein. 55.4% der PatientInnen nahmen seit mehr als einem Jahr regelmäßig psychopharmakologische Medikamente ein. Den größten Anteil nahmen dabei Antidepressiva ein, die von mehr als der Hälfte der PatientInnen regelmässig eingenommen wurden. Während des stationären Aufenthaltes wurden darüber hinaus jeweils ein Drittel der PatientInnen zumindest vorübergehend antipsychotisch oder anxiolytisch behandelt. Mehr als die Hälfte der PatientInnen wurde während der stationären Therapie zumindest vorübergehend analgetisch behandelt. Eine detaillierte Analyse von Verordnungen, Ansetzungen, Reduktionen, Absetzungen, Erhöhungen und Ummedizierungen während des stationären Aufenthaltes ist Tabelle 3.13 auf Seite 104 zu entnehmen.

Medikamenten- klasse	nicht verord- net	neu an- gesetzt	aufrecht erhalten	reduziert	abgesetzt	vorübergehend	erhöht	ummediziert
Antidepressiva	52 (37.4%)	10 (7.2%)	55 (39.6%)	1 (0.7%)	1 (0.7%)	0 (0%)	5 (3.6%)	8 (5.8%)
Anxiolytika	92 (66.2%)	3 (2.2%)	17 (12.2%)	3 (2.2%)	0 (0%)	16 (11.5%)	1 (0.7%)	0 (0%)
Antipsychotika	81 (58.3%)	9 (6.5%)	19 (13.7%)	7 (5.0%)	3 (2.2%)	10 (7.2%)	2 (1.4%)	1 (0.7%)
Analgetika	60 (43.2%)	7 (5.0%)	25 (18.0%)	4 (2.9%)	0 (0%)	23 (16.6%)	4 (2.9%)	9 (6.5%)

Tabelle 3.13: Psychopharmakologische und analgetische Medikation von 132 der 139 PatientInnen im Therapieverlauf.

3.3 Inferenzstatistik

3.3.1 Analyse der Symptomverläufe

Impact of Event–Scale (Revised)

Die Messwertdifferenzen der Messwertpaare im IES–R folgten keiner Normalverteilung ($W = .94$, $p = .00$). Die Nullhypothese konnte mittels Wilcoxon–Tests verworfen werden ($Z = -8.5$, $p = .00$). Die Reduktion des durchschnittlichen Summenscores vom Zeitpunkt der Aufnahme ($MW = 84.1$ ($SD = 11.9$), Median 86) zum Zeitpunkt der Entlassung ($MW = 68.9$ ($SD = 21.0$), Median 72) ist folglich als signifikant anzusehen. Die Symptomverläufe sowie deren klinische Signifikanz können Abbildung 3.10 auf Seite 106 entnommen werden.

Die Veränderungen auf den Subskalen des IES–R konnten aufgrund von Verstößen gegen die Voraussetzung der Varianzhomogenität nur mittels des nonparametrischen Wilcoxon–Tests analysiert werden ($p < .01$). Das Ausmaß der Belastung durch Intrusionen reduzierte sich im Verlauf von Mes-

szeitpunkt 1 ($MW = 29.1$ ($SD = 5.5$), Median 31) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 23.6$ ($SD = 9.2$), Median 25) in signifikantem Maße ($Z = -6.7$, $p = .00$). Ebenso war die Verbesserung der Vermeidungssymptomatik von Messzeitpunkt 1 ($MW = 26.0$ ($SD = 7.2$), Median 26) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 21.1$ ($SD = 9.0$), Median 22) als signifikant anzusehen ($Z = -6.2$, $p = .00$). Hinsichtlich der Subskala Hyperarousal konnte ebenfalls eine signifikante Verbesserung von Messzeitpunkt 1 ($MW = 29.0$ ($SD = 5.5$), Median 30) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 24.1$ ($SD = 7.3$), Median 25, $Z = -7.5$, $p = .00$) nachgewiesen werden.

ICD-10-Symptomrating

Die Messwertdifferenzen der Messwertpaare auf der ISR-Subskala Depression folgten einer Normalverteilung ($W = .98$, $p = .11$). Auch Varianzhomogenität war gegeben ($F(1,275) = 0.0$, $p = .87$). Somit konnte ein lineares gemischtes Modell des Depressionsscores im Behandlungsverlauf geschätzt und mit statistischer Kontrolle der Kovariaten Aufenthaltsdauer, Geschlecht und Alter mittels Kenward-Roger-Methode mit seinen entsprechenden Nullmodellen verglichen werden. Dabei zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($B = -0.89$, $SE = 0.09$, $F(1, 137) = 108.6$, $p = .00$, $R^2 = .72$), nicht jedoch für die Kovariaten Geschlecht ($F(1, 134) = 2.28$, $p = .13$), Aufenthaltsdauer ($F(1, 134) = 0$, $p = .99$) und Alter ($F(1, 134) = 0$, $p = .95$). Die Verbesserung der Werte von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.6$ ($SD = .9$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.7$ ($SD = .9$)) erwies sich damit als signifikant und entspricht einer hohen Effektstärke von $d_Z = .90$. Die Symptomverläufe sowie deren klinische Signifikanz können Abbildung 3.11 auf Seite 107 entnommen

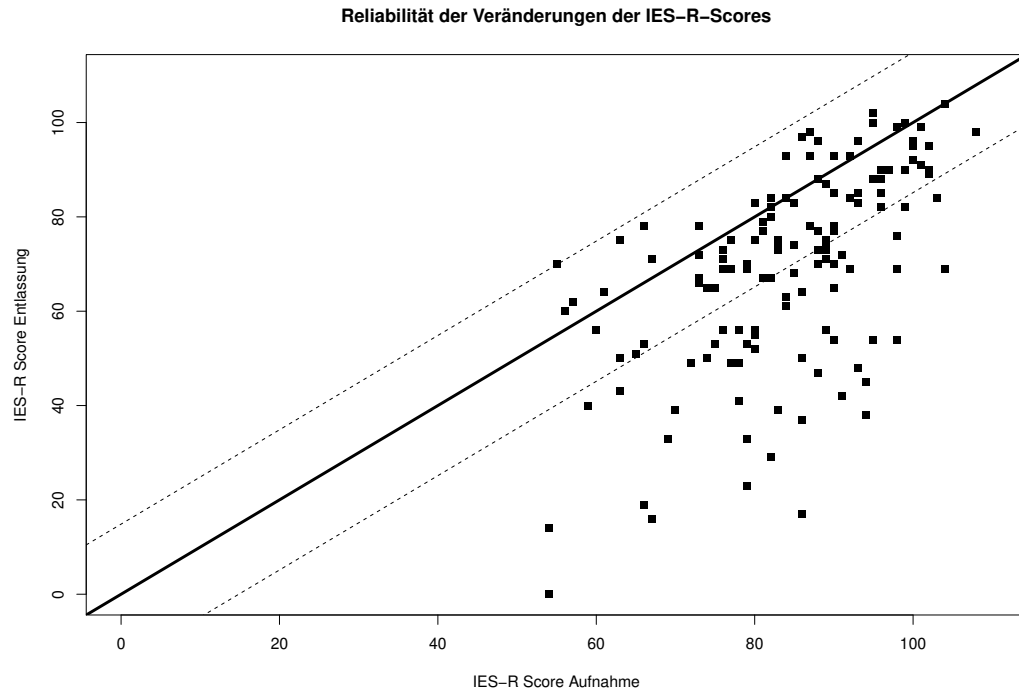


Abbildung 3.10: Die Grafik zur klinischen Signifikanz der Symptomveränderungen zeigt die individuellen IES-R-Summenscores bei Aufnahme und Entlassung. Die durchgezogene Linie mit Steigung 1 entspricht einem Persistieren des Summenscores auf dem Ausgangswert, Werte oberhalb der Linie entsprechen einer Verschlechterung und Werte unterhalb der Linie einer Verbesserung. Die gestrichelten Linien oberhalb und unterhalb der durchgezogenen Linie markieren die jeweiligen Cut-Off-Werte für eine klinisch signifikante Verbesserung bzw. Verschlechterung gemäß Reliable Change Index ($p < .05$). 58 PatientInnen (41.7%) der Gesamtstichprobe konnten das Ausmaß ihrer PTBS-Belastung (erfasst durch die IES-R) in klinisch signifikantem Umfang reduzieren. Klinisch signifikante Verschlechterungen traten in einem Fall (0.7%) auf.

werden.

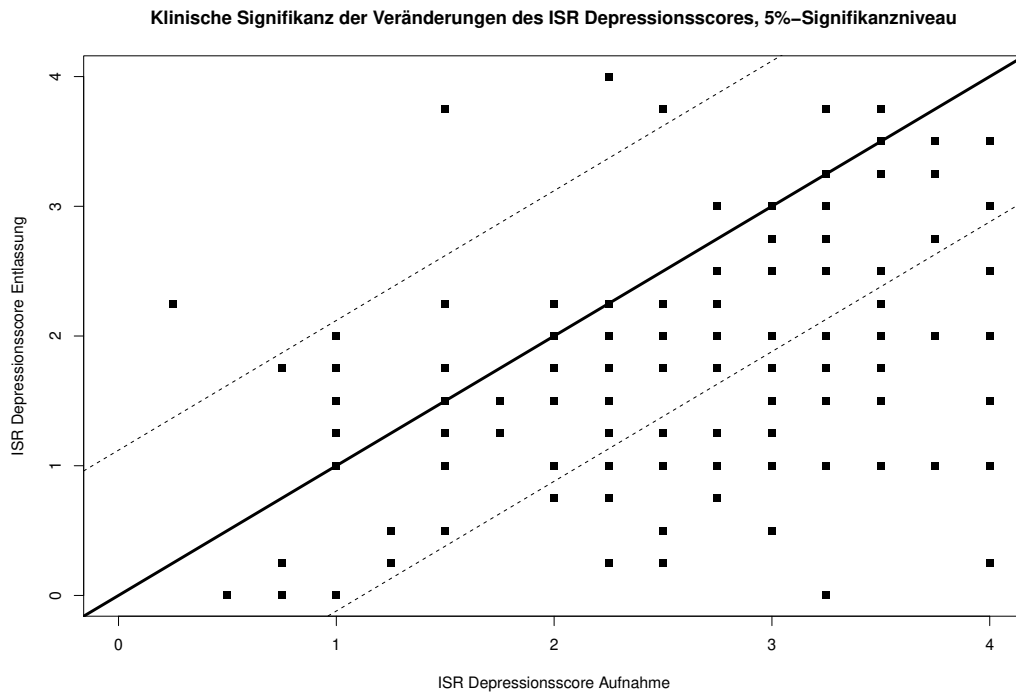


Abbildung 3.11: 55 PatientInnen (39.9%) der Gesamtstichprobe konnten das Ausmaß ihrer depressiven Belastung (erfasst durch die ISR-Subskala Depression) in klinisch signifikantem Umfang reduzieren. Klinisch signifikante Verschlechterungen traten in 4 Fällen (2.9%) auf.

Für die Subskala Angst des ISR musste der nonparametrische Wilcoxon-Test angewandt werden ($W = .97$, $p = .01$). Die Symptomverbesserung von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.7$ ($SD = .9$), Median 2.8) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 2.1$ ($SD = 1.0$), Median 2) erwies sich als signifikant ($Z = -6.0$, $p = .00$). Die Symptomverläufe sowie deren klinische Signifikanz können Abbildung 3.12 auf Seite 108 entnommen werden.

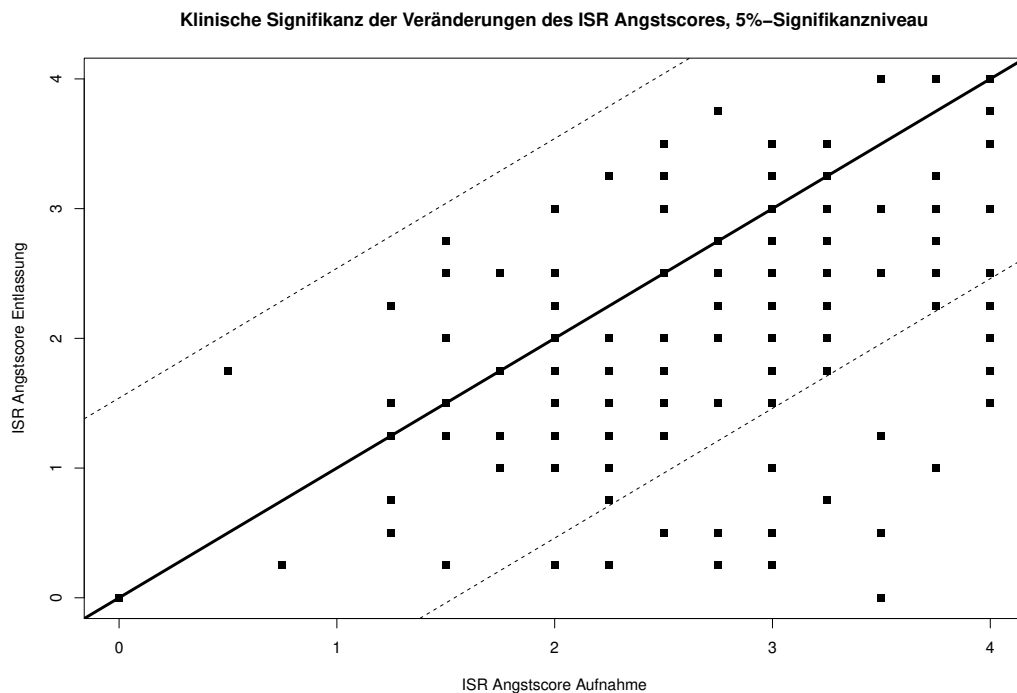


Abbildung 3.12: 20 PatientInnen (14.5%) der Gesamtstichprobe konnten das Ausmaß ihrer Angstbelastung (erfasst durch die ISR-Subskala Angst) in klinisch signifikantem Umfang reduzieren. Klinisch signifikante Verschlechterungen traten nicht auf.

Die Differenzen der Messwertpaare der ISR-Zwangsskala folgten keiner Normalverteilung ($W = .97$, $p = .01$), so dass der nonparametrische Wilcoxon-Test für die weiteren Analysen verwendet werden musste. Der Unterschied zwischen Messzeitpunkt 1 ($MW=1.8$ ($SD = 1.2$), Median 1.7)) und Messzeitpunkt 2 ($MW=1.3$ ($SD = 1.0$), Median 1.3) erwies sich als signifikant ($Z = -4.7$, $p = .00$). Die Symptomverläufe sowie deren klinische Signifikanz können Abbildung 3.13 auf Seite 110 entnommen werden.

Die Differenzen der Messwertpaare der ISR-Subskala Somatoforme Beschwerden folgten keiner Normalverteilung ($W = .91$, $p = .00$). Der Unterschied von Messzeitpunkt 1 ($MW=0.8$ ($SD = 1.0$), Median .3) und Messzeitpunkt 2 ($MW=0.6$ ($SD = .9$), Median 0) erwies sich als signifikant ($Z = -3.4$, $p = .00$). Die Symptomverläufe sowie deren klinische Signifikanz können Abbildung 3.14 auf Seite 111 entnommen werden.

Auch hinsichtlich der Subskala Essstörung waren die Voraussetzungen der Normalverteilung nicht gegeben ($W = .91$, $p = .00$). Die Verbesserung der Symptombelastung von Messzeitpunkt 1 ($MW=0.9$ ($SD = 1.1$), Median .33) zu Messzeitpunkt 2 ($MW=0.8$ ($SD = 1.0$), Median .33) erwies sich für die ISR-Subskala Essstörung in der Gesamtstichprobe als nicht signifikant ($Z = -1.1$, $p = .29$). Die Symptomverläufe sowie deren klinische Signifikanz können Abbildung 3.15 auf Seite 112 entnommen werden.

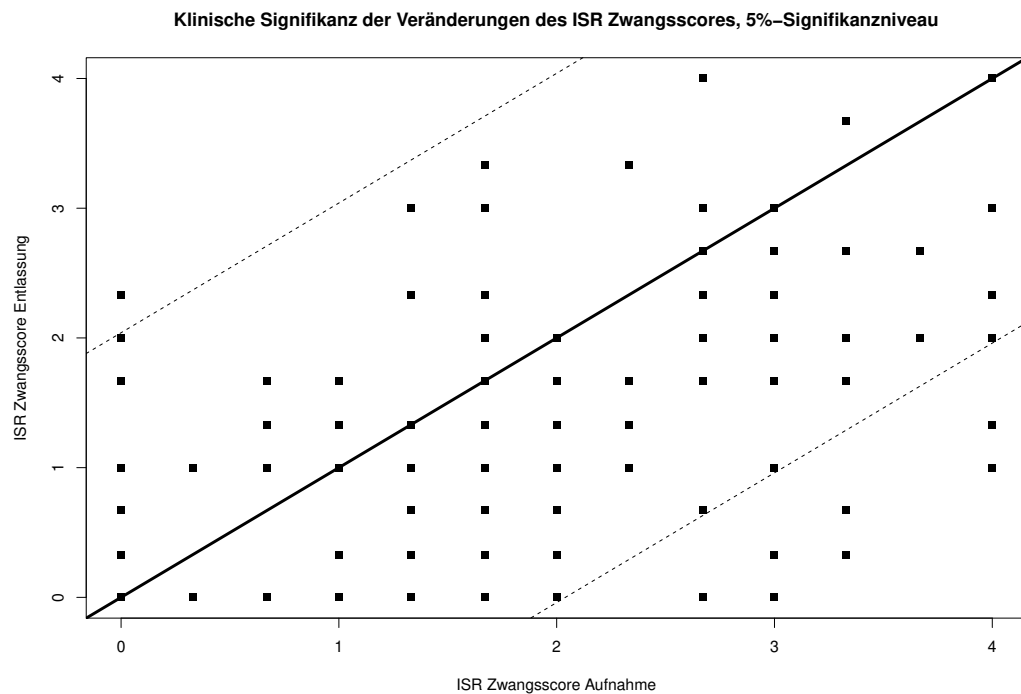


Abbildung 3.13: 8 PatientInnen (5.8%) der Gesamtstichprobe konnten das Ausmaß ihrer Zwangsbelastung (erfasst durch die ISR-Subskala Zwang) in klinisch signifikantem Umfang reduzieren. Klinisch signifikante Verschlechterungen traten in 2 Fällen (1.4%) auf.

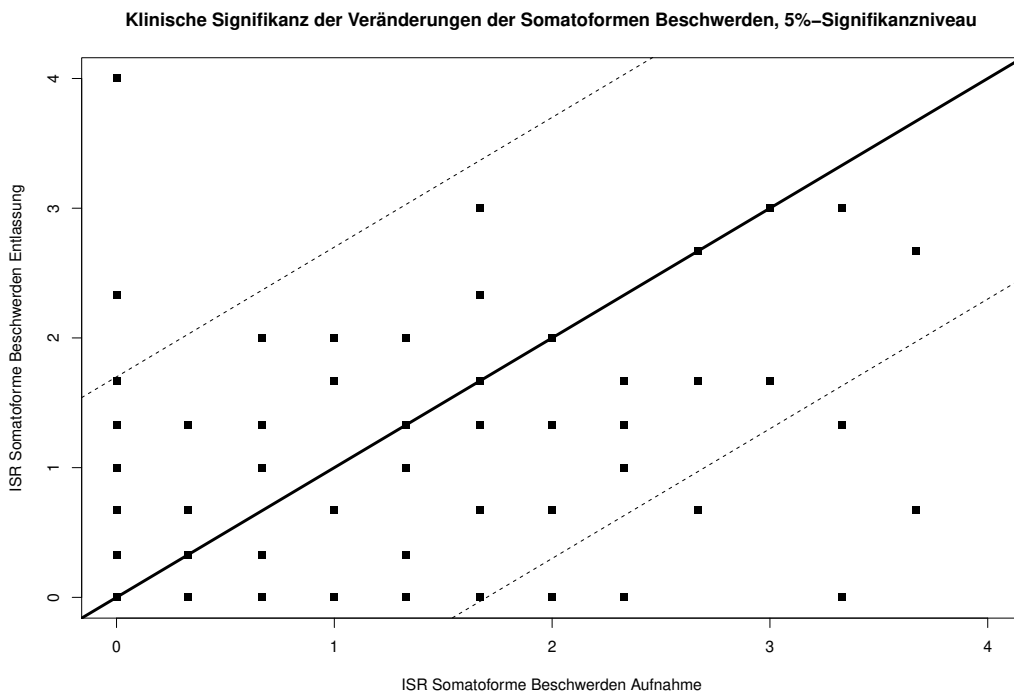


Abbildung 3.14: 7 PatientInnen (5.1%) der Gesamtstichprobe konnten das Ausmaß ihrer somatoformen Beschwerden (erfasst durch die ISR-Subskala Somatoforme Beschwerden) in klinisch signifikantem Umfang reduzieren. Klinisch signifikante Verschlechterungen traten in zwei Fällen (1.4%) auf.

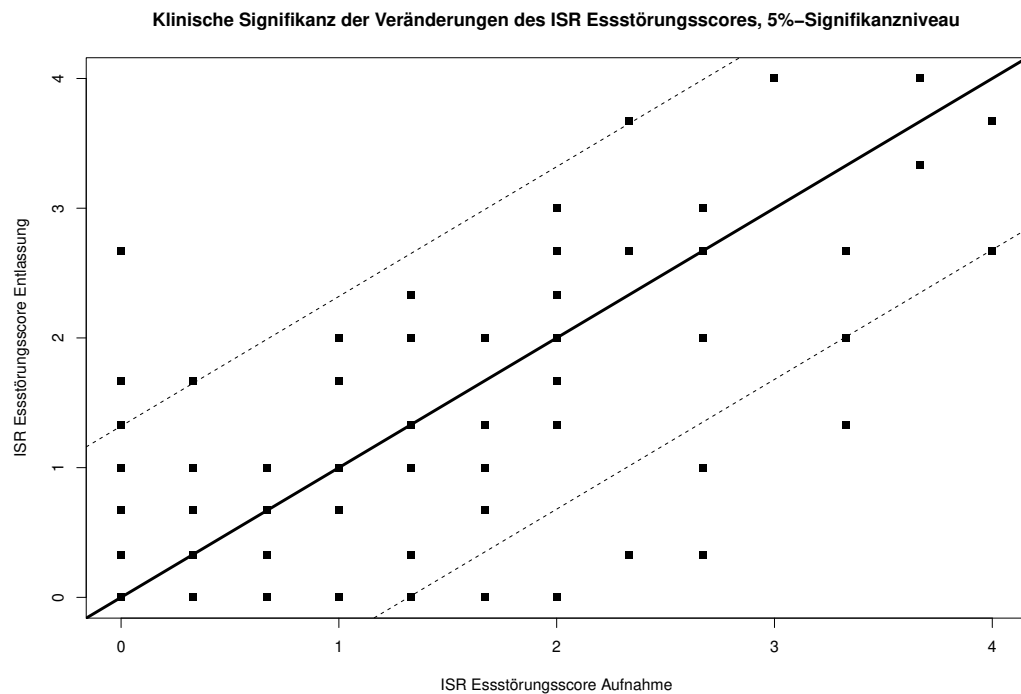


Abbildung 3.15: 9 PatientInnen (6.5%) der Gesamtstichprobe konnten das Ausmaß ihrer Essstörungssymptomatik in klinisch signifikantem Umfang reduzieren. Klinisch signifikante Verschlechterungen traten in 6 Fällen (4.4%) auf.

Hinsichtlich der ISR-Zusatzskala lag eine Normalverteilung der Differenzen der Messwertpaare vor ($W = .99$, $p = .20$) und Varianzhomogenität war gegeben ($F(1, 275) = 1.3$, $p = .25$). Der Unterschied zwischen Messzeitpunkt 1 ($MW=1.8$ ($SD = .63$)) und Messzeitpunkt 2 ($MW=1.5$ ($SD = .68$)) erwies sich im Test des linearen gemischten Modells gegen das Nullmodell als signifikant ($B = -0.30$, $SE = 0.04$, $F(1,136)=49.7$, $p = .00$, $R^2 = .88$). Es zeigte sich kein signifikanter Einfluss der Kovariaten Geschlecht ($F(1,134.9)=.0$, $p=.98$), Aufenthaltsdauer ($F(1,134.9)=.5$, $p=.48$) und Alter ($F(1,135.2)=.4$, $p=.52$). Die Effektstärke der Veränderung im Prä-Post-Vergleich kann mit .60 angegeben werden. Die Symptomverläufe sowie deren klinische Signifikanz können Abbildung 3.16 auf Seite 114 entnommen werden.

Da die Messwertdifferenzen der Messwertpaare des ISR-Gesamtscores einer Normalverteilung folgten ($W = .98$, $p = .10$) und Varianzhomogenität gegeben war ($F(1, 275) = .25$, $p = .62$), konnte ein lineares gemischtes Modell des Scores im Behandlungsverlauf geschätzt und mit statistischer Kontrolle der Kovariaten Aufenthaltsdauer, Geschlecht und Alter mittels Kenward-Roger-Methode mit seinen entsprechenden Nullmodellen verglichen werden. Dabei zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($B = -0.43$, $SE = 0.04$, $F(1, 137) = 85.9$, $p = .00$, $R^2 = .83$), nicht jedoch für die Kovariaten Geschlecht ($F(1, 134) = 1.9$, $p = .16$), Aufenthaltsdauer ($F(1, 134) = 0.7$, $p = .41$) und Alter ($F(1, 135) = 0.9$, $p = .36$). Die Verbesserung des Gesamtscores von Messzeitpunkt 1 ($MW=1.8$ ($SD = .6$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW=1.3$ ($SD = .6$)) erwies sich damit als signifikant und entspricht einem mittleren Effekt ($d_Z = .79$). Die Symptomverläufe sowie deren klinische Signifikanz können Abbildung 3.17 auf Seite 115 entnommen werden.

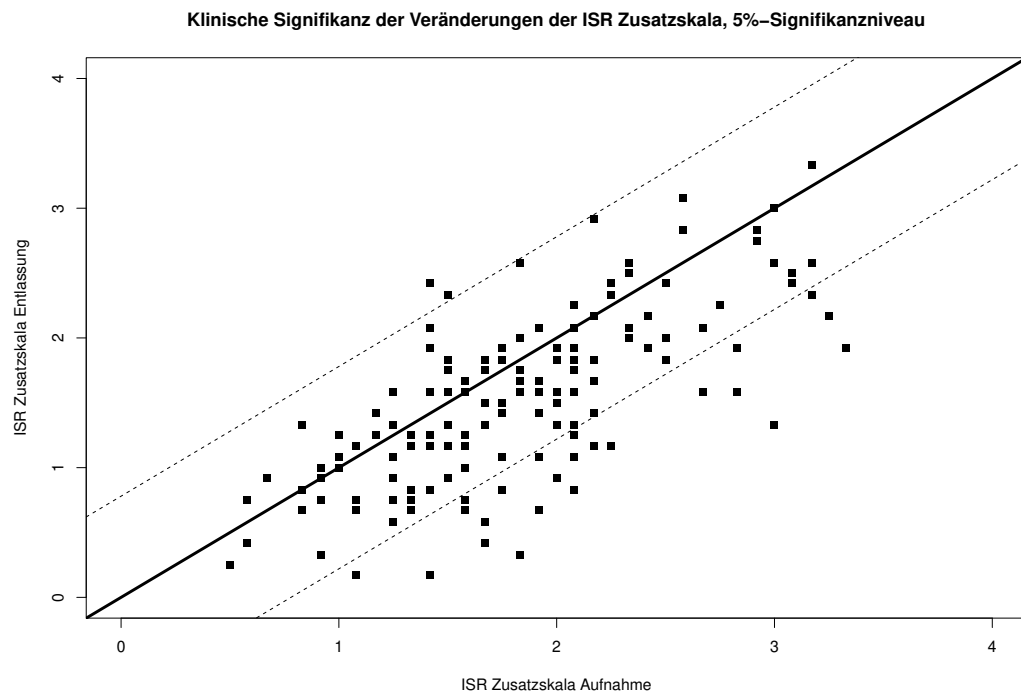


Abbildung 3.16: 24 PatientInnen (17.3%) der Gesamtstichprobe konnten das Ausmaß ihrer Belastung auf der Zusatzskala in klinisch signifikantem Umfang reduzieren. Klinisch signifikante Verschlechterungen traten in 2 Fällen (1.4%) auf.

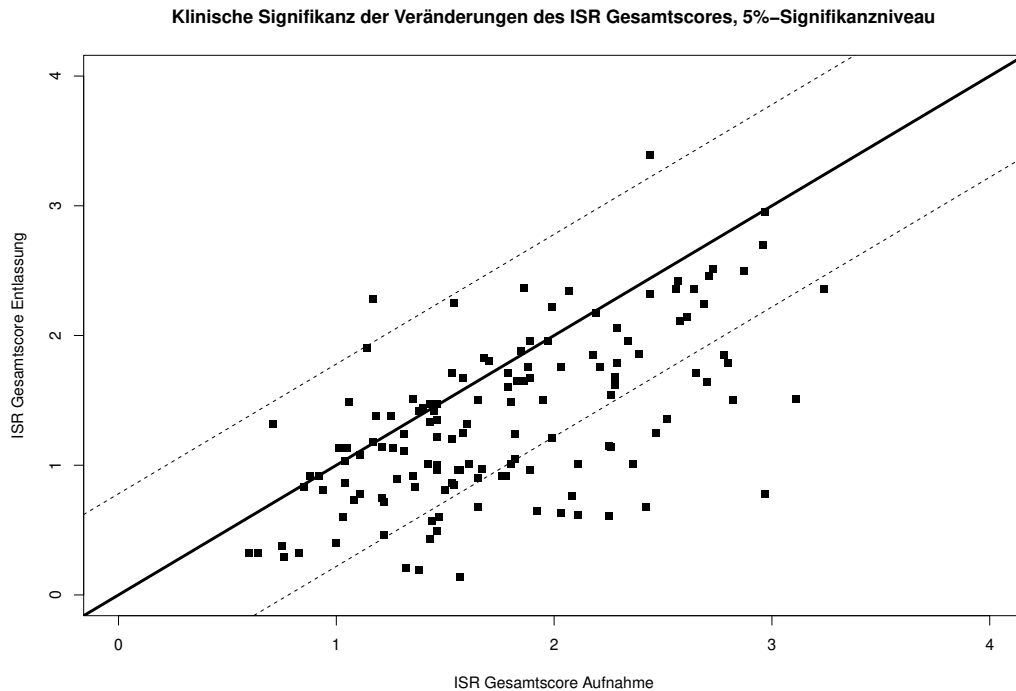


Abbildung 3.17: 37 PatientInnen (26.8%) der Gesamtstichprobe konnten das Ausmaß ihrer Belastung hinsichtlich des Gesamtscores in klinisch signifikantem Umfang reduzieren. Klinisch signifikante Verschlechterungen traten in drei Fällen (2.2%) auf.

HEALTH-49

Die Differenzen der Messwertpaare der HEALTH-49 Skala Somatoforme Beschwerden folgten einer Normalverteilung ($W = .99, p = .47$) und Varianzhomogenität war gegeben ($F(1, 274) = 0.9, p = .34$). Der Vergleich des linearen gemischten Modells des Scores für somatoforme Beschwerden im Behand-

lungsverlauf mit statistischer Kontrolle der Kovariaten Aufenthaltsdauer, Geschlecht und Alter mittels Kenward-Roger-Methode mit seinen entsprechenden Nullmodellen zeigte einen signifikanten Effekt des Messzeitpunktes ($B = -0.4$, $SE = 0.7$, $F(1, 136) = 30.4$, $p = .00$, $R^2 = .83$). Für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 134) = 0.6$, $p = .46$), Alter ($F(1, 135) = 3.1$, $p = .08$) und Geschlecht ($F(1, 134) = 1.6$, $p = .21$) konnten keine signifikanten Effekte identifiziert werden. Die Verringerung der Werte von Zeitpunkt 1 ($MW=2.2$ ($SD = 1.0$)) zu Zeitpunkt 2 ($MW=1.9$ ($SD = .9$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einer Effektstärke von $d_z = 0.5$. Die Symptomverläufe sowie deren klinische Signifikanz können Abbildung 3.18 auf Seite 117 entnommen werden.

Die Differenzen der Messwertpaare der HEALTH-49 Skala Depression folgten einer Normalverteilung ($W = .99$, $p = .36$) und es lag Varianzhomogenität vor ($F(1, 274) = .00$, $p = .98$). Somit konnte ein lineares gemischtes Modell des Depressionsscores im Behandlungsverlauf geschätzt und mit statistischer Kontrolle der Kovariaten Aufenthaltsdauer, Geschlecht und Alter mittels Kenward-Roger-Methode mit seinen entsprechenden Nullmodellen verglichen werden. Dabei zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($B = -0.81$, $SE = 0.08$, $F(1, 137) = 107.0$, $p = .00$, $R^2 = .75$), nicht jedoch für die Kovariaten Geschlecht ($F(1, 134) = 2.6$, $p = .11$), Aufenthaltsdauer ($F(1, 134) = 0$, $p = .92$) und Alter ($F(1, 135) = 1.7$, $p = .19$). Der Unterschied der Messwerte zwischen Zeitpunkt 1 ($MW=2.5$ ($SD = .9$), Median 2.5) und Zeitpunkt 2 ($MW=1.7$ ($SD = .9$), Median 1.5) ist demnach signifikant und entspricht einem großen Effekt ($d_Z = .90$). Die Symptomverläufe sowie deren klinische Signifikanz können Abbildung 3.19 auf Seite

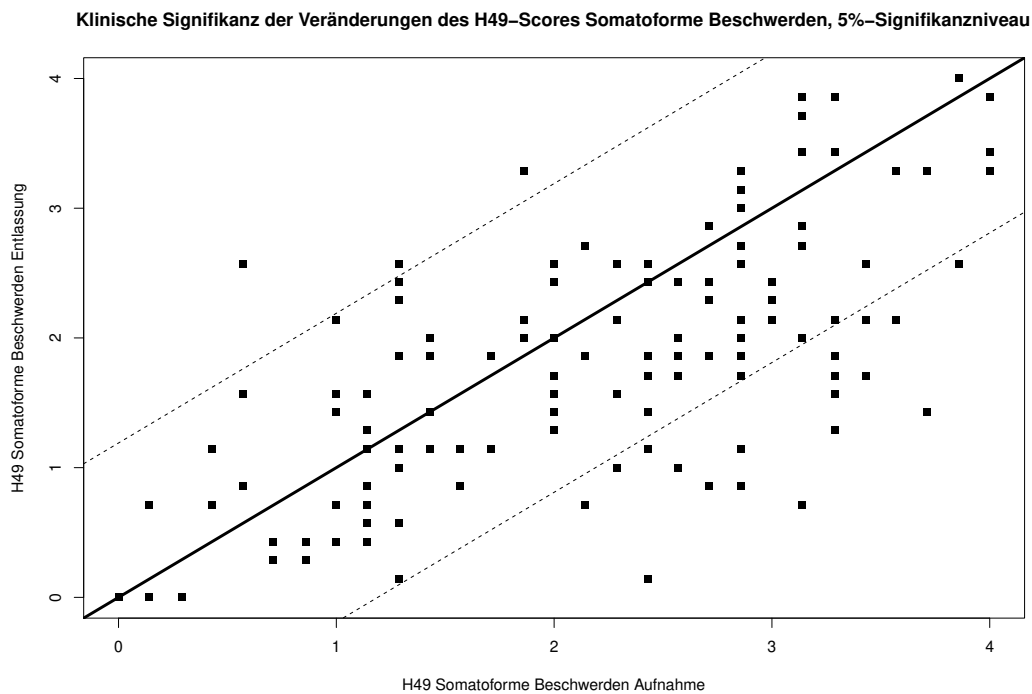


Abbildung 3.18: 19 PatientInnen (13.9%) der Gesamtstichprobe konnten das Ausmaß ihrer Belastung hinsichtlich somatoformer Beschwerden in klinisch signifikantem Umfang reduzieren. Klinisch signifikante Verschlechterungen traten in drei Fällen (2.2%) auf.

118 entnommen werden.

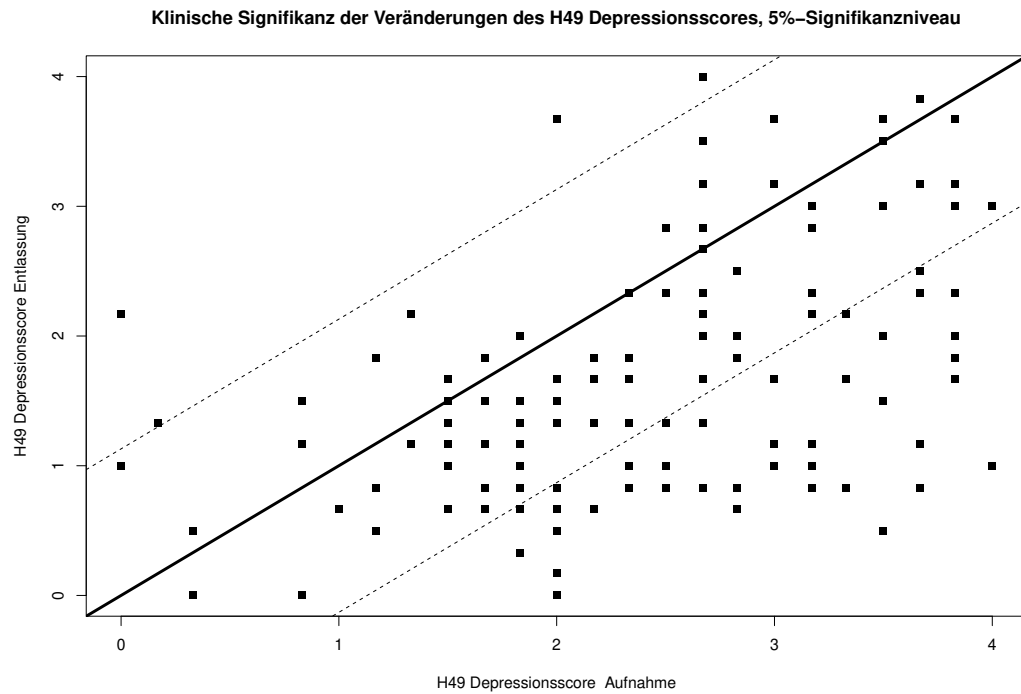


Abbildung 3.19: 53 PatientInnen (38.7%) der Gesamtstichprobe konnten das Ausmaß ihrer Belastung hinsichtlich des Depressionsscores in klinisch signifikantem Umfang reduzieren. Klinisch signifikante Verschlechterungen traten in vier Fällen (2.9%) auf.

Die Differenzen der Messwertpaare der HEALTH-49 Skala Psychische und Somatoforme Beschwerden folgten einer Normalverteilung und wiesen Varianzhomogenität auf ($W = .99$, $p = .49$; $F(1, 274) = .00$, $p = .55$). Die Analyse des linearen gemischten Modells zeigte einen signifikanten Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 137) = 94.9$, $p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Geschlecht ($F(1, 134) = 2.7$, $p = .10$), Aufenthaltsdauer ($F(1, 135) = 0.2$, $p = .66$) und Alter ($F(1, 135) = 0$, $p = .88$). Die Veränderungen von Messzeitpunkt 1 ($MW=2.2$ ($SD=.8$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW=1.6$ ($SD=.8$)) sind somit als signifikant anzusehen und entsprechen einem Effekt der Größe $d_z = .84$. Die Symptomverläufe sowie deren klinische Signifikanz können Abbildung 3.20 auf Seite 120 entnommen werden.

Da sowohl das Kriterium der Normalverteilung der Messwertdifferenzen als auch das Kriterium der Varianzhomogenität erfüllt waren ($W=.99$, $p=.12$; $F(1, 274) = 0.3$), $p = .60$), konnte ein lineares gemischtes Modell des Angstscores im Behandlungsverlauf geschätzt und mit statistischer Kontrolle der Kovariaten Aufenthaltsdauer, Geschlecht und Alter mittels Kenward-Roger-Methode mit seinen entsprechenden Nullmodellen verglichen werden. Dabei zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($B = -0.51$, $SE = 0.07$, $F(1, 137) = 47.7$, $p = .00$, $R^2 = .86$), nicht jedoch für die Kovariaten Geschlecht ($F(1, 135) = 1.5$, $p = .22$), Aufenthaltsdauer ($F(1, 134) = 0.1$, $p = .72$) und Alter ($F(1, 135) = 0.9$, $p = .72$). Die Verbesserung der Testwerte von Aufnahme ($MW=1.8$ ($SD=1.2$)) bis Entlassung ($MW=1.3$ ($SD=1.1$)) ist somit signifikant und entspricht einem mittleren Effekt ($d_z = .61$). Die Symptomverläufe sowie deren klinische Signifikanz können Abbildung 3.21 auf Seite 121 entnommen werden.

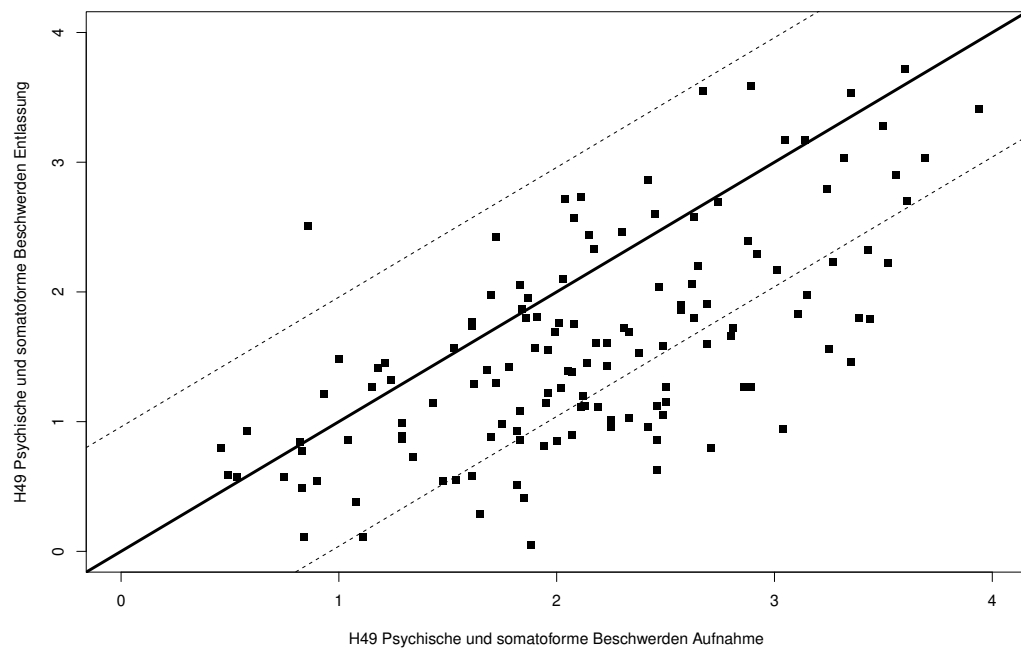
Klinische Signifikanz der Veränderungen des H49 Scores Psychische und somatoforme Beschwerden, 5%-Signifikanzniv

Abbildung 3.20: 41 PatientInnen (29.9%) der Gesamtstichprobe konnten das Ausmaß ihrer Belastung hinsichtlich psychischer und somatoformer Beschwerden in klinisch signifikantem Umfang reduzieren. Klinisch signifikante Verschlechterungen traten in einem 2 Fall (0.7%) auf.

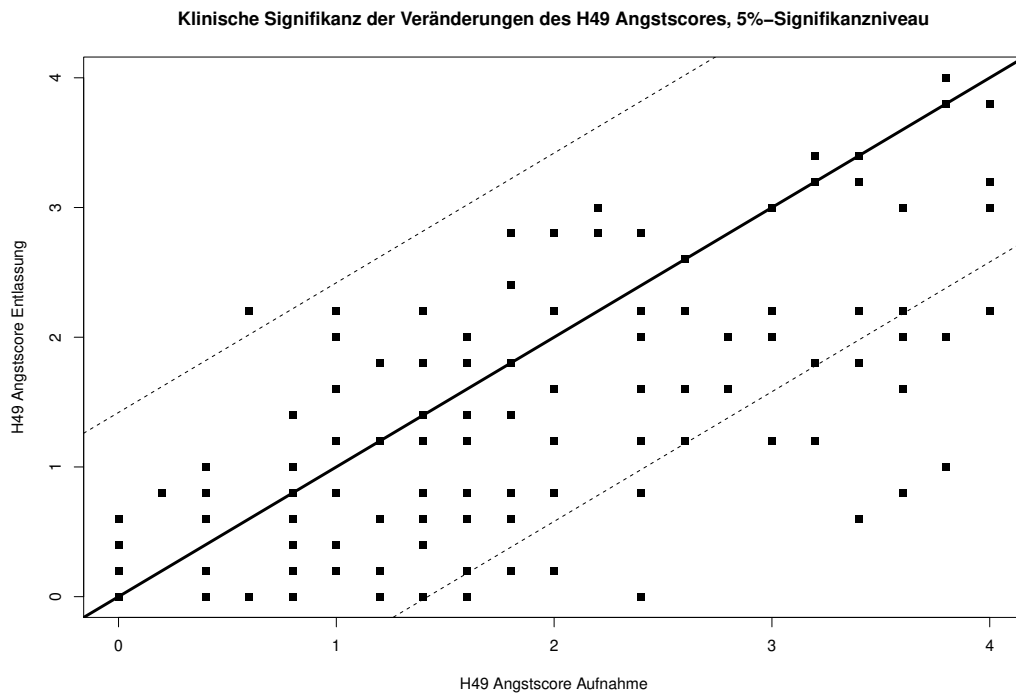


Abbildung 3.21: 16 PatientInnen (11.7%) der Gesamtstichprobe konnten das Ausmaß ihrer Belastung hinsichtlich der Angstskala des HEALTH-49 in klinisch signifikantem Umfang reduzieren. Klinisch signifikante Verschlechterungen traten in einem Fall (0.7%) auf.

Die Differenzen der Messwertpaare der HEALTH-49 Skala Psychisches Wohlbefinden folgten einer Normalverteilung ($W=.99$, $p = .31$) und wiesen Varianzhomogenität auf ($W = .99$, $p = .49$; $F(1, 274) = .00$, $p = .96$). Die Analyse des linearen gemischten Modells zeigte einen signifikanten Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 137) = 114.5$, $p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Geschlecht ($F(1, 134) = 3.2$, $p = .08$), Aufenthaltsdauer ($F(1, 134) = 0$, $p = .91$) und Alter ($F(1, 135) = 0.9$, $p = .34$). Die Verbesserung des Wohlbefindens von Messzeitpunkt 1 ($MW=2.9$ ($SD = .7$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW=2.2$ ($SD = .7$)) ist somit signifikant und entspricht einem Effekt der Größe $d_Z=0.9$. Die Symptomverläufe sowie deren klinische Signifikanz können Abbildung 3.22 auf Seite 123 entnommen werden.

Da sowohl das Kriterium der Normalverteilung der Messwertdifferenzen als auch das Kriterium der Varianzhomogenität erfüllt waren ($W=.99$, $p=.30$; $F(1, 274) = 0$), $p = .92$), konnte ein lineares gemischtes Modell des Scores der HEALTH-49 Skala Interaktionelle Schwierigkeiten im Behandlungsverlauf geschätzt und mit statistischer Kontrolle der Kovariaten Aufenthaltsdauer, Geschlecht und Alter mittels Kenward-Roger-Methode mit seinen entsprechenden Nullmodellen verglichen werden. Dabei zeigten sich signifikante Effekte für den Messzeitpunkt ($B = -0.54$, $SE = 0.08$, $F(1, 137) = 44.8$, $p = .00$, $R^2 = .71$) und die Kovariate Geschlecht ($F(1, 135) = 7.4$, $p = .01$), nicht jedoch für Aufenthaltsdauer ($F(1, 134) = 0.1$, $p = .74$) und Alter ($F(1, 135) = 0$, $p = .94$). Die 20 Männer der Stichprobe schilderten durchschnittlich um 0.5 geringere Werte hinsichtlich interaktioneller Schwierigkeiten. Die Belastung in Bezug auf interaktionelle Schwierigkeiten verbesserte sich von der Aufnahme ($MW=2.5$ ($SD = .9$)) bis zur Entlassung

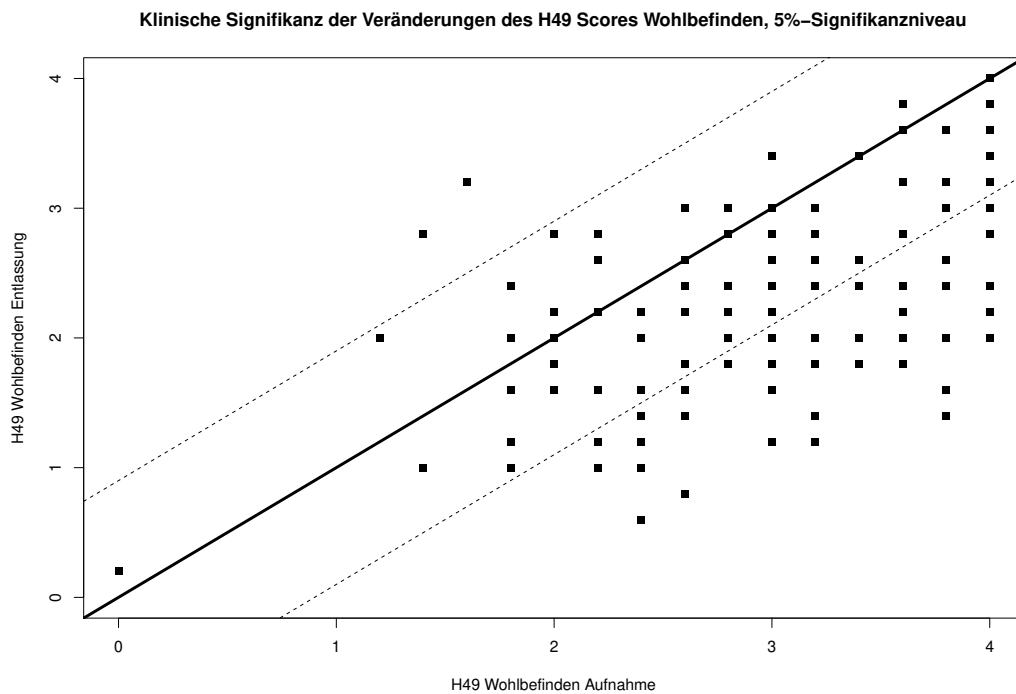


Abbildung 3.22: 52 PatientInnen (38.0%) der Gesamtstichprobe konnten das Ausmaß ihrer Belastung hinsichtlich der Skala Psychisches Wohlbefinden des HEALTH-49 in klinisch signifikantem Umfang reduzieren. Klinisch signifikante Verschlechterungen traten in 2 Fällen (1.4%) auf.

($MW=2.0$ ($SD=.9$)) signifikant. Diese Verbesserung entspricht einer mittleren Effektstärke ($d_z = .58$). Die Symptomverläufe sowie deren klinische Signifikanz können Abbildung 3.23 auf Seite 124 entnommen werden.



Abbildung 3.23: 40 PatientInnen (29.2%) der Gesamtstichprobe konnten das Ausmaß ihrer Belastung hinsichtlich interaktioneller Schwierigkeiten in klinisch signifikantem Umfang reduzieren. Klinisch signifikante Verschlechterungen traten in neun Fällen (6.6%) auf.

Die Differenzen der Messwertpaare der HEALTH-49 Skala Selbstwirksamkeit folgten einer Normalverteilung ($W=.99$, $p = .15$) und wiesen Varianzhomogenität auf ($F(1, 274) = 1.5$, $p = .22$). Die Analyse des linearen gemischten Modells zeigte einen signifikanten Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 137) = 62.8$, $p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Geschlecht ($F(1, 134) = 0.2$, $p = .67$), Aufenthaltsdauer ($F(1, 134) = 0.1$, $p = .71$) und Alter ($F(1, 135) = 0.4$, $p = .52$). Die Verbesserung des Selbstwirksamkeitserlebens von Zeitpunkt 1 ($MW=2.4$ ($SD = .9$)) zu Zeitpunkt 2 ($MW=1.8$ ($SD = .8$)) ist demnach als signifikant zu bezeichnen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.68$. Die Symptomverläufe sowie deren klinische Signifikanz können Abbildung 3.24 auf Seite 126 entnommen werden.

Da sowohl das Kriterium der Normalverteilung der Messwertdifferenzen als auch das Kriterium der Varianzhomogenität erfüllt waren ($W=.99$, $p=.30$; $F(1, 274) = 0$, $p = .92$), konnte ein lineares gemischtes Modell des Scores der HEALTH-49 Skala Soziale Unterstützung im Behandlungsverlauf geschätzt und mit statistischer Kontrolle der Kovariaten Aufenthaltsdauer, Geschlecht und Alter mittels Kenward-Roger-Methode mit seinen entsprechenden Nullmodellen verglichen werden. Dabei zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($B = -0.15$, $SE = 0.06$, $F(1, 136) = 6.5$, $p = .01$, $R^2 = .89$), nicht jedoch für die Kovariaten Geschlecht ($F(1, 135) = 1.0$, $p = .31$), Aufenthaltsdauer ($F(1, 135) = 0.8$, $p = .38$) und Alter ($F(1, 135) = 0.8$, $p = .37$). Die Verbesserungen von Zeitpunkt 1 ($MW=1.9$ ($SD = 1.0$)) zu Zeitpunkt 2 ($MW=1.8$ ($SD = 1.0$)) sind somit signifikant, die Effektstärke beträgt $d_z = .22$. Die Symptomverläufe sowie deren klinische Signifikanz können Abbildung 3.25 auf Seite 127 entnommen werden.

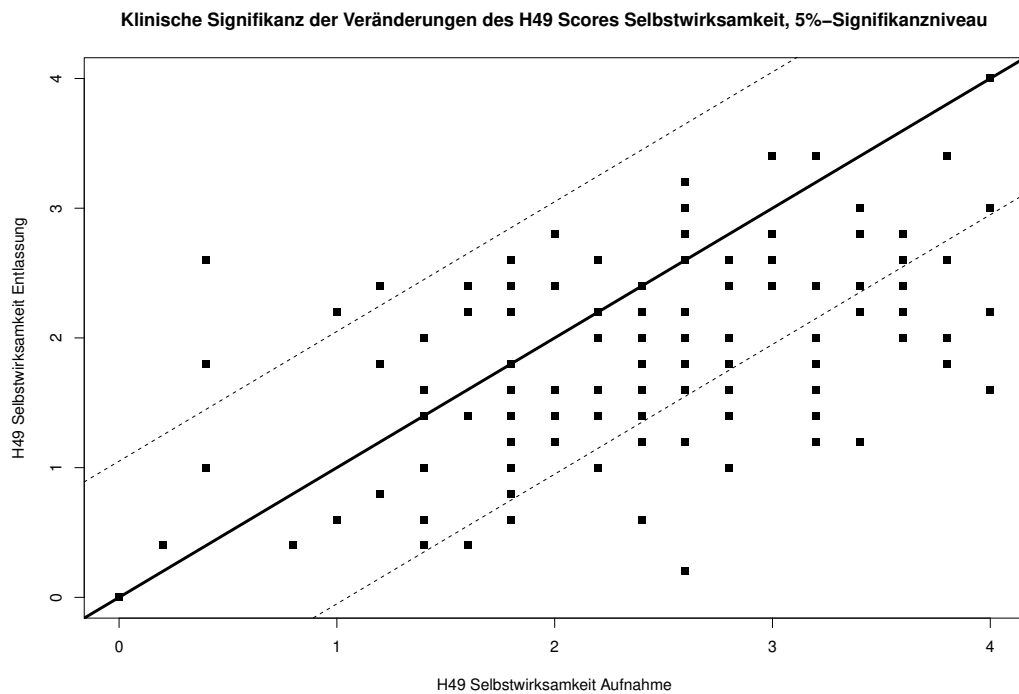


Abbildung 3.24: 30 PatientInnen (22.0%) der Gesamtstichprobe konnten das Ausmaß ihrer Belastung hinsichtlich der HEALTH-49 Skala Selbstwirksamkeit in klinisch signifikantem Umfang reduzieren. Klinisch signifikante Verschlechterungen traten in vier Fällen (2.9%) auf.

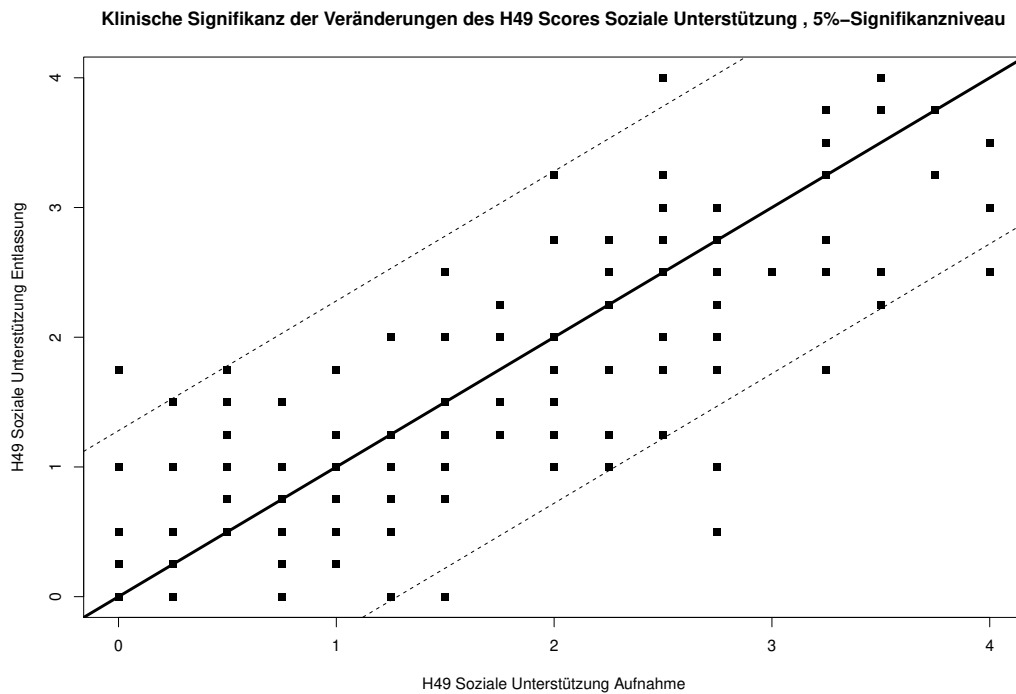


Abbildung 3.25: 5 PatientInnen (3.7%) der Gesamtstichprobe konnten das Ausmaß ihrer Belastung hinsichtlich der HEALTH-49 Skala Soziale Unterstützung in klinisch signifikantem Umfang reduzieren. Klinisch signifikante Verschlechterungen traten in zwei Fällen (1.4%) auf.

Die Differenzen der Messwertpaare der HEALTH-49 Skala Soziale Belastung folgten einer Normalverteilung ($W=.99$, $p = .15$) und wiesen Varianzhomogenität auf ($F(1, 274) = 0.1$, $p = .71$). Die Analyse des linearen gemischten Modells zeigte weder für den Messzeitpunkt ($F(1, 137) = 2.4$, $p = .12$) noch für die Kovariaten Geschlecht ($F(1, 134) = 0$, $p = .94$), Aufenthaltsdauer ($F(1, 134) = 0.1$, $p = .83$) und Alter ($F(1, 135) = 0$, $p = .94$) signifikante Effekte. Die Verbesserung von Zeitpunkt 1 ($MW=2.0$ ($SD =.9$)) zu Zeitpunkt 2 ($MW=1.8$ ($SD =.9$)) ist demnach statistisch nicht signifikant. Die Symptomverläufe sowie deren klinische Signifikanz können Abbildung 3.26 auf Seite 129 entnommen werden.

Dissociative Experiences Scale - Taxon

Die Messwertdifferenzen des DES-T verstießen gegen die Annahme normalverteilter Daten ($W=.96$, $p=.00$). Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Messzeitpunkt 1 ($MW=18.3$ ($SD =18.5$), Median 13.1) und Messzeitpunkt 2 ($MW=14.3$ ($SD =16.1$), Median 8.3) nachgewiesen werden ($Z = -3.2$ $p=.00$). Abbildung 3.27 auf Seite 131 ist eine visuelle Analyse der klinischen Signifikanz der Veränderungen zu entnehmen.

Der Anteil klinisch signifikanter Verbesserungen der dissoziativen Symptomatik liegt mit einem Wert von 12.2% deutlich unter jenem für die PTBS-Symptomatik. Eine genauere Analyse zeigt, dass dieser Befund jedoch durch Testeigenschaften des DES-T verzerrt sein dürfte. So erscheint eine für eine klinisch signifikante Verbesserung der Symptomatik notwendige Verbesserung um 20.5 Punkte für einen Großteil der Stichprobe a priori unmöglich, da

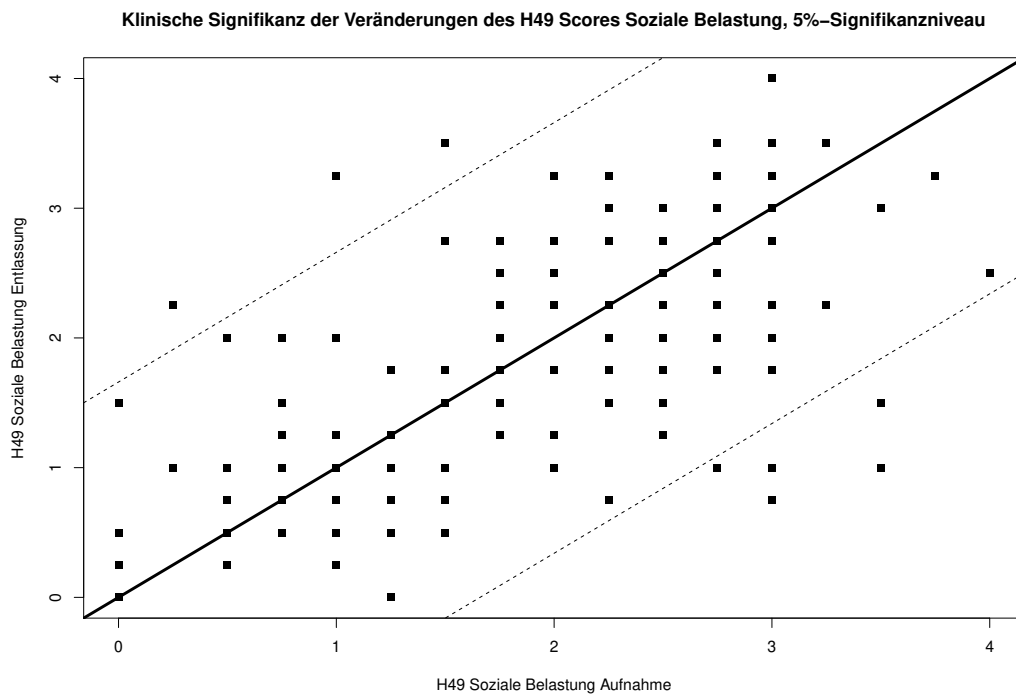


Abbildung 3.26: Fünf PatientInnen (3.7%) der Gesamtstichprobe konnten das Ausmaß ihrer Belastung hinsichtlich der HEALTH-49 Skala Soziale Belastung in klinisch signifikantem Umfang reduzieren. Klinisch signifikante Verschlechterungen traten in drei Fällen (2.2%) auf.

der Aufnahmewert der meisten PatientInnen unterhalb dieses Wertes liegt. Der DES-T ist demnach aufgrund seiner linksschiefen Verteilung selbst in hochspezifischen Stichproben ungeeignet, klinisch signifikante Verbesserungen identifizieren zu können. Interessanterweise ist bei jenen PatientInnen, deren Mittelwert über 25% liegt, in 47.6% eine klinisch signifikante Verbesserung zu beobachten. Dieser Umstand darf als Evidenz gewertet werden, dass das Therapieprogramm einem großen Anteil hochdissoziativer PatientInnen zu signifikanter Linderung ihrer Beschwerden verhilft. In zwei der drei Fälle, in denen hinsichtlich der dissoziativen Symptomatik klinisch signifikante Verschlechterungen zu beobachten waren, lagen komplexe dissoziative Störungen im Sinne einer DDNOS bei relativ geringen Aufnahmewerten im DES-T vor. Womöglich handelt es sich bei den im DES-T beschriebenen Verschlechterungen daher auch um das Ergebnis einer verbesserten Krankheitseinsicht und Selbstwahrnehmung.

Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit

Die Messwertdifferenzen im Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit waren nicht normalverteilt ($W=.98$, $p=.02$). Die Verbesserungen vom Aufnahmezeitpunkt ($MW=65.9$ ($SD=10.09$), Median 67) zum Entlasszeitpunkt ($MW=72.2$ ($SD=11.33$), Median 73) sind als signifikant anzusehen ($Z=-6.8$, $p=.00$) und entsprechen einem Effekt der Größe $d_Z=0.7$. Die Verläufe hinsichtlich des Ausmaßes an geschilderter Achtsamkeit sowie deren klinische Signifikanz können Abbildung 3.28 auf Seite 132 entnommen werden.

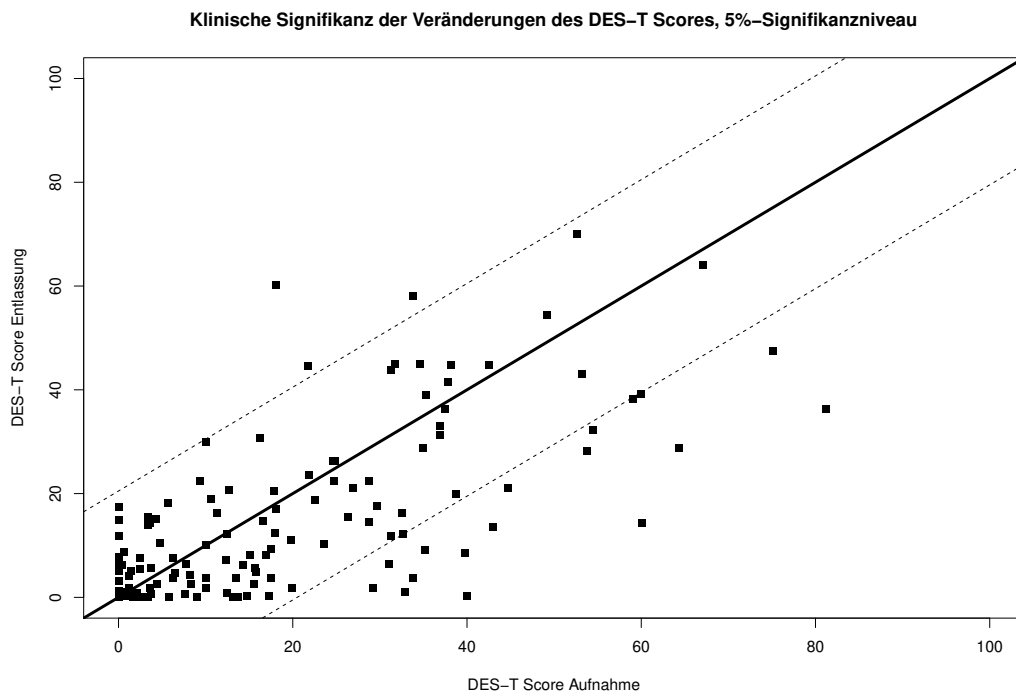


Abbildung 3.27: 17 PatientInnen (12.2%) der Gesamtstichprobe konnten das Ausmaß ihrer dissoziativen Belastung (erfasst durch DES-T) in klinisch signifikantem Umfang reduzieren. Klinisch signifikante Verschlechterungen traten in 3 Fällen (2.2%) auf.

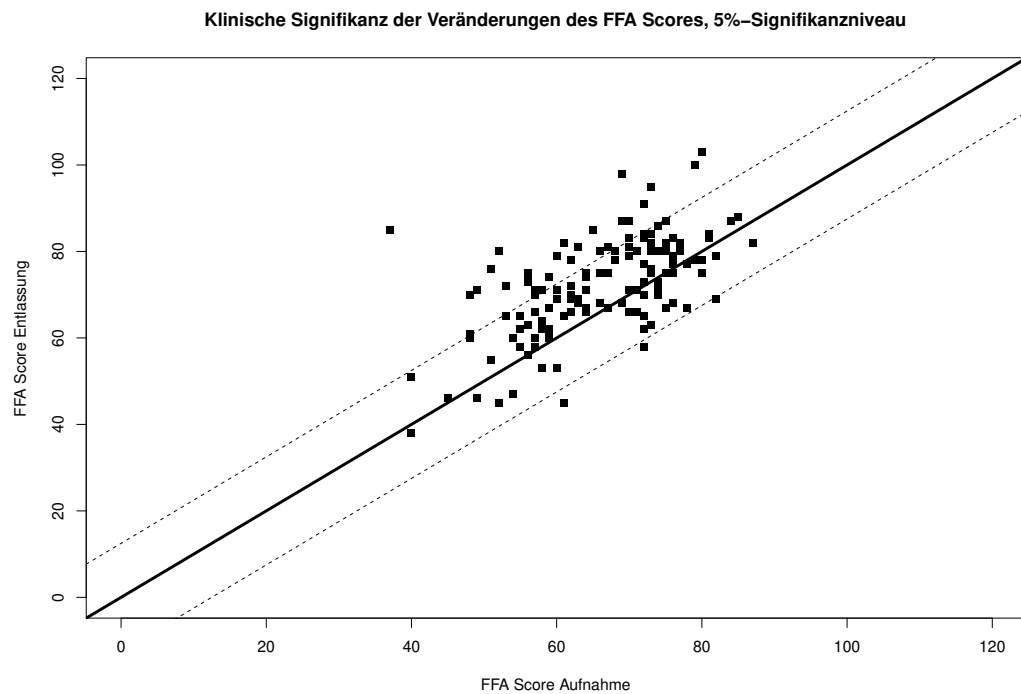


Abbildung 3.28: 31 PatientInnen (22.8%) der Gesamtstichprobe konnten das Ausmaß ihrer Achtsamkeit (erfasst durch den FFA) in klinisch signifikantem Umfang verbessern. Klinisch signifikante Verschlechterungen traten in drei Fällen (2.2%) auf.

Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens

100 PatientInnen (71.9%) schilderten bei Entlassung hinsichtlich ihres Erlebens und Verhaltens eine signifikante Verbesserung. Neun PatientInnen (6.5%) erlebten eine signifikante Verschlechterung. Der Mittelwert des VEV-K lag bei 127 ($SD = 24.4$). Eine graphische Auswertung kann Abbildung 3.29 auf Seite 133 entnommen werden.

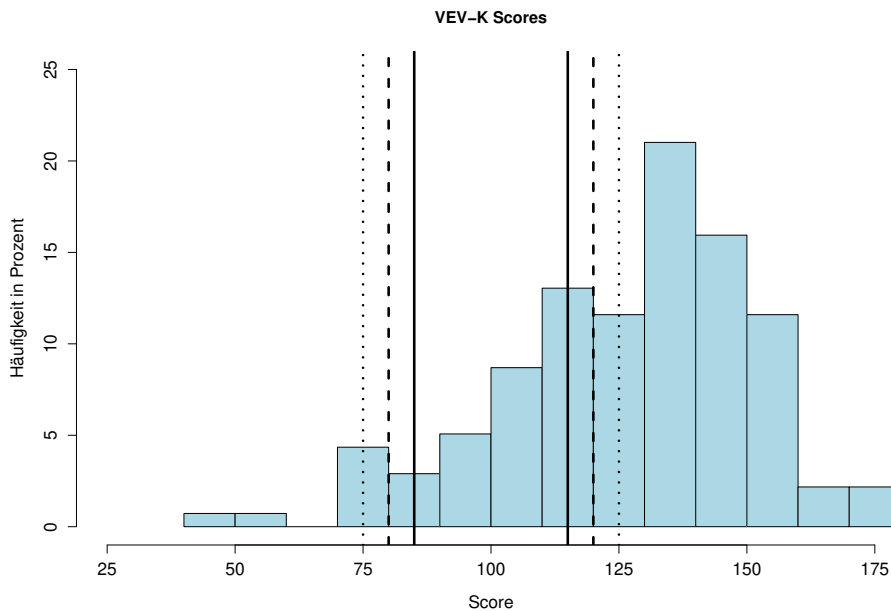


Abbildung 3.29: Histogramm der VEV-K Scores. Werte zwischen den durchgezogenen schwarzen Linien entsprechen keiner signifikanten Veränderung des Erlebens und Verhaltens. Werte jenseits der durchgezogenen Linien entsprechen einer Veränderung mit 5% Irrtumswahrscheinlichkeit, Werte jenseits der gestrichelten Linien einer Veränderung mit 1% Irrtumswahrscheinlichkeit und Werte jenseits der gepunkteten Linien einer Veränderung mit 0.1% Irrtumswahrscheinlichkeit.

3.3.2 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Bei den PatientInnen, die die Behandlung regulär behandelten, war in nur einem Fall (0.7%) eine klinisch signifikante Verschlechterung der PTBS-Symptomatik zu beobachten. 41.7% der PatientInnen erzielten eine klinisch signifikante Reduktion ihrer PTBS-Symptomatik, 12.2% konnten das Ausmaß dissoziativer Symptomatik klinisch signifikant reduzieren.

38.7–39.9% der PatientInnen¹ konnten ihre Belastung durch depressive Symptome reduzieren, 11.7–14.5% gelang dies hinsichtlich der Belastung durch Angstsymptome. Selbst hinsichtlich der als schwer behandelbar geltenden somatoformen Beschwerden waren klinisch signifikante Verbesserungen im Umfang von 5.1–13.9% zu beobachten. Hinsichtlich Zwangssymptomen war mit 5.8% ein sehr geringer Anteil klinisch signifikanter Verbesserungen zu beobachten, dieser Umstand dürfte jedoch auf Testeigenschaften, insbesondere eine hohe Streuung sowie eine ungenügende Reliabilität zurückzuführen sein, was klinisch signifikante Veränderungen bei einem Großteil der PatientInnen apriori ausschließt. Einzig für die Essstörungssymptomatik war eindeutig ein unbefriedigendes Ergebnis zu konstatieren. Weder zeigten sich hier eine signifikante Verbesserung im Verlauf, noch ist der Anteil klinisch signifikanter Verbesserung von 6.5% als zufriedenstellend anzusehen. Hintergründe der Schwierigkeiten, wirksam auf Essstörungssymptome einwirken zu können, dürften sich in Settingvariablen wie fehlender Essbegleitung finden lassen. 26.8% der PatientInnen gelang eine klinisch signifikante Reduktion ihres ISR-Gesamtscores.

22.8% der PatientInnen konnten ihre Achtsamkeit in klinisch bedeutsamem

¹Im Folgenden werden die Prozentzahlen nach ISR bzw. nach HEALTH-49 berichtet.

Umfang steigern. 22% erlebten ihre Selbstwirksamkeit als klinisch signifikant gebessert und knapp einem Drittel gelang es, interaktionelle Schwierigkeiten in klinisch signifikantem Ausmaß zu reduzieren. Damit zeigt sich, dass das Therapieprogramm nicht nur eine wirksame Reduktion von Symptomen erlaubt, sondern auch zur Veränderung von der Entwicklung psychischer Störungen und Symptome prädisponierender Organismusvariablen geeignet ist.

Zusammenfassend ist zu betonen, dass sowohl hinsichtlich des primären als auch hinsichtlich der sekundären Outcome-Maße statistisch signifikante Verbesserungen im Ausmaß mittlerer und großer Effekte nachgewiesen werden können, die für eine große Anzahl von PatientInnen mit klinisch signifikanten Verbesserungen einher gehen.

3.3.3 Identifikation und Analyse von distinkten Verläufen der PTBS-Symptomatik

Identifikation distinkter Klassen von Verläufen

Die gemischten Modelle der PTBS-Symptomatik mit $k = 1, 2, 3, 4, 5$ Klassen konvergierten alle unterhalb des festgelegten Maximalwertes von 300 Iterationen. Die Bestimmung der Anzahl empirisch von einander abgegrenzter Behandlungsverläufe (latente Klassen) erfolgte primär über das Bayesian Information Criterion (BIC). Wie Tabelle 3.14 zu entnehmen ist, favorisierten die Maximum-Likelihood-Schätzungen der latenten Klassenregressionsmodelle eindeutig die Lösung mit drei Komponenten, die einen guten Fit und mit .79 eine gute Entropie aufwies, ohne zu komplex zu sein.

k	Log-Likelihood	AIC	BIC	ICL	Entropie	N pro Klasse				
						1	2	3	4	5
1	-1182.969	2371.937	2382.820	2382.820		139				
2	-1138.985	2291.971	2317.364	2345.387	.71	63	76			
3	-1116.207	2254.414	2294.317	2321.907	.79	39	51	49		
4	-1116.201	2254.402	2294.306	2321.999	.79	39	51	40	9	
5	-1113.100	2256.200	2310.614	2340.890	.82	40	51	9	39	0

Tabelle 3.14: Vergleich der gemischten Modelle der Entwicklung des IES-R Scores im Behandlungsverlauf. k = Anzahl von Klassen, BIC = Bayesian Information Criterion, AIC = Aikake Information Criterion, ICL = Integrated Completed Likelihood

Die Lösung mit drei Komponenten erwies sich als der einfacheren Lösung mit zwei Komponenten überlegen ($\Delta BIC = 23.1$, $\Delta AIC = 37.6$). Die komplexere Lösung mit vier Komponenten verbesserten den Fit kaum ($\Delta BIC = .01$, $\Delta AIC = .01$) und ging auch mit keiner besseren Entropie einher, so dass sie im Sinne einer Komplexitätsreduktion verworfen wurde. Die visuelle Analyse der Rootogramme unterstützte die Auswahl der besten Lösung. Grafik 3.30 auf Seite 138 zeigt, dass die drei Klassen ausreichend gut voneinander abgegrenzt sind.

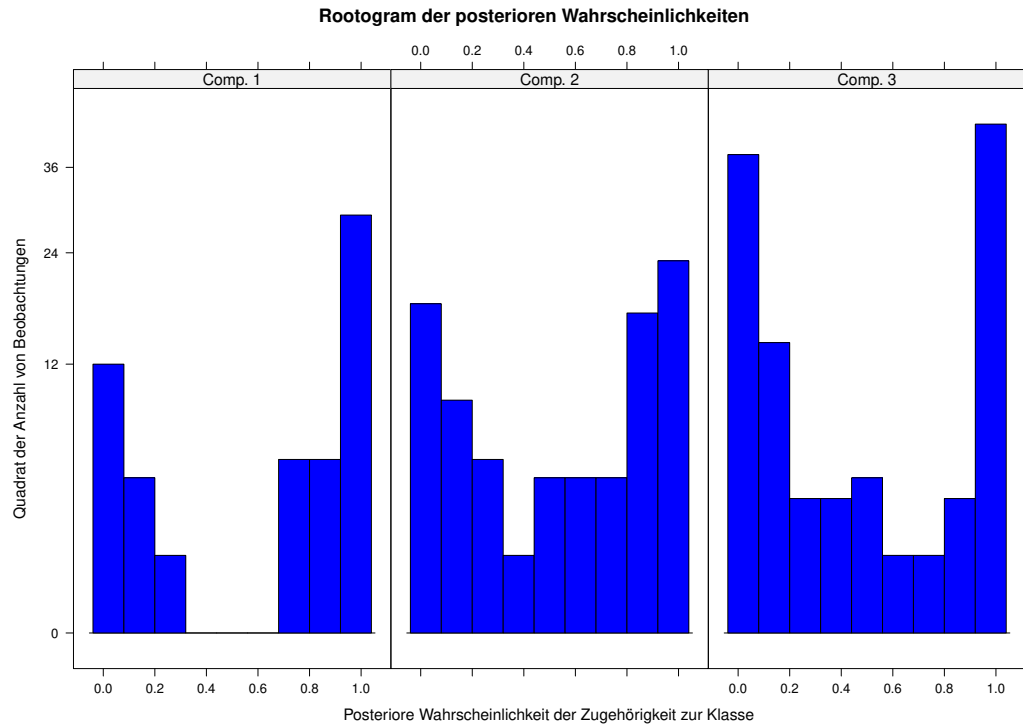


Abbildung 3.30: Das Rootogram (Leisch, 2004) zeigt die posterioren Wahrscheinlichkeiten der Zuordnung aller Beobachtungen zu den drei latenten Klassen („components“). Hohe Werte für Wahrscheinlichkeiten nahe 1 weisen auf eine gute Abgrenzung einer Klasse zu den anderen Klassen hin, hohe Werte für mittlere Wahrscheinlichkeiten auf Überlappungen mit anderen latenten Klassen. Die y-Achse bildet dabei das Quadrat der Anzahl von Beobachtungen ab, um niedrige Werte besser sichtbar zu machen und hohe Werte nicht überzubewerten. Die resultierende Darstellungsform ist konservativ in dem Sinne, dass die Zahl problematischer Fälle, die nicht klar zugeteilt werden können, graphisch betont wird. Es zeigt sich, dass die Klassen 1 und 3 gut abgegrenzt sind, während Klasse 2 etwas weniger gut abgegrenzt ist.

Analyse der distinkten PTBS-Symptomverläufe

Die Messwertdifferenzen der IES-R-Scores folgten in allen drei Subgruppen der Normalverteilung ($W = .97, p = .32$; $W = 98, p = .54$; $W = .96, p = .07$). Varianzhomogenität war ebenfalls gegeben ($F(1, 76) = 0.8, p = .39$; $F(1, 100) = 0.1, p = .78$; $F(1, 96) = 0.5, p = .47$). Somit konnte für jede Klasse von Verläufen ein lineares gemischtes Modell des IES-R-Summscores im Behandlungsverlauf geschätzt und mit statistischer Kontrolle der Kovariaten Aufenthaltsdauer, Geschlecht und Alter mittels Kenward-Roger-Methode zur Freiheitsgradbestimmung mit seinen entsprechenden Nullmodellen verglichen werden. Voranalysen zeigten, dass die Random-Intercept Random-Slope Modelle den Random-Intercept Modellen nicht überlegen waren ($\Delta_1 BIC = 4.06, \Delta_2 BIC = 4.63, \Delta_3 BIC = 3.25$). Alle weiteren Analysen beruhen daher auf Modellen mit Fixed Factors (ohne Interaktionsterm) und individuellen Intercepts ohne Random Slopes.

In Klasse 1 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 38) = 10.9, p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Geschlecht ($F(1, 35) = 0.5, p = .48$), Aufenthaltsdauer ($F(1, 35) = 0.25, p = .62$) und Alter ($F(1, 35) = 0.1, p = .74$). Visuelle Analysen der Residualplots ließen keinen Anhalt für Verletzungen der Homoskedastizität oder der Normalität erkennen. Die Verbesserung der Werte von Messzeitpunkt 1 ($MW=95.7 (SD = 5.7)$) zu Messzeitpunkt 2 ($MW=91.5 (SD = 6.1)$) erwies sich damit als signifikant. Der Effekt entspricht der Größe $d_Z = .5$. Die Varianzaufklärung durch den Faktor Messzeitpunkt beträgt $\Delta R^2 = 26.2\%$.

Aufgrund von Verstößen gegen die Voraussetzungen der Normalität oder der Varianzhomogenität erfolgten die Analysen der Subskalen des IES-R in Klas-

se 1 nonparametrisch. Das Ausmaß der Belastung durch Intrusionen reduzierte sich im Verlauf von Messzeitpunkt 1 ($MW = 33.0$ ($SD = 3.2$), Median 35) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 31.6$ ($SD = 3.9$), Median 33) in signifikantem Maße ($Z = -2.0$, $p = .05$). Die Veränderungen der Vermeidungssymptomatik von Messzeitpunkt 1 ($MW = 30.0$ ($SD = 5.6$), Median 30) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 28.8$ ($SD = 5.2$), Median 29) entsprachen hingegen keinem signifikanten Effekt ($Z = -0.8$, $p = .40$). Hinsichtlich der Subskala Hyperarousal konnte eine signifikante Verbesserung von Messzeitpunkt 1 ($MW = 33.2$ ($SD = 2.4$), Median 35) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 31.1$ ($SD = 3.7$), Median 31, $Z = -2.8$, $p = .00$) nachgewiesen werden.

In Klasse 2 zeigten sich signifikante Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 50) = 83.1$, $p = .00$) und das Alter ($F(1, 47) = 5.8$, $p = .02$), nicht jedoch für die Kovariaten Geschlecht ($F(1, 47) = 0.5$, $p = .80$) und Aufenthaltsdauer ($F(1, 47) = 0.4$, $p = .52$). Pro zusätzlichem Lebensjahr waren in der Klasse 2 eine um durchschnittlich 0.2 Punkte niedrigere PTBS-Belastung zu beobachten. Visuelle Analysen der Residualplots ließ keinen Anhalt für Verletzungen der Homoskedastizität oder der Normalität erkennen. Die Verbesserung der Werte von Messzeitpunkt 1 ($MW = 83.4$ ($SD = 6.1$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 73.0$ ($SD = 5.5$)) erwies sich als signifikant und entspricht einer hohen Effektstärke von $d_Z = 1.3$. Die Varianzaufklärung durch den Faktor Messzeitpunkt beträgt $\Delta R^2 = 44.6\%$.

Aufgrund von Verstößen gegen die Voraussetzungen der Normalität oder der Varianzhomogenität erfolgten die Analysen der Subskalen des IES-R in Klasse 2 nonparametrisch. Das Ausmaß der Belastung durch Intrusionen reduzierte sich im Verlauf von Messzeitpunkt 1 ($MW = 28.8$ ($SD = 5.1$), Median 30)

zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 25.8$ ($SD = 6.3$), Median 27) in signifikantem Maße ($Z = -2.9$, $p = .00$). Ebenso war die Verbesserung der Vermeidungssymptomatik von Messzeitpunkt 1 ($MW = 26.2$ ($SD = 7.2$), Median 26) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 22.2$ ($SD = 7.1$), Median 23) als signifikant anzusehen ($Z = -3.9$, $p = .00$). Hinsichtlich der Subskala Hyperarousal konnte ebenfalls eine signifikante Verbesserung von Messzeitpunkt 1 ($MW = 28.3$ ($SD = 4.9$), Median 29) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 25.1$ ($SD = 4.5$), Median 25, $Z = -3.9$, $p = .00$) nachgewiesen werden.

In Klasse 3 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 48) = 113.2$, $p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Geschlecht ($F(1, 45) = 2.2$, $p = .15$), Aufenthaltsdauer ($F(1, 45) = 0.3$, $p = .61$) und Alter ($F(1, 45) = 0.5$, $p = .48$). Visuelle Analysen der Residualplots ließ keinen Anhalt für Verletzungen der Homoskedastizität oder der Normalität erkennen. Die Verbesserung der Werte von Messzeitpunkt 1 ($MW = 75.6$ ($SD = 12.8$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 46.6$ ($SD = 16.3$)) erwies sich damit als signifikant und entspricht einer hohen Effektstärke von $d_Z = 1.4$. Die Varianzaufklärung durch den Faktor Messzeitpunkt beträgt $\Delta R^2 = 50.8\%$.

Aufgrund von Verstößen gegen die Voraussetzungen der Normalität oder der Varianzhomogenität erfolgten die Analysen der Subskalen des IES-R in Klasse 2 nonparametrisch. Das Ausmaß der Belastung durch Intrusionen reduzierte sich im Verlauf von Messzeitpunkt 1 ($MW = 26.6$ ($SD = 5.8$), Median 27) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 15.1$ ($SD = 7.8$), Median 15) in signifikantem Maße ($Z = -2.9$, $p = .00$). Hinsichtlich der Subskala Vermeidung konnte ebenfalls eine signifikante Verbesserung von Messzeitpunkt 1 ($MW = 22.8$ ($SD = 7.0$), Median 23) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 14.0$ ($SD = 7.4$),

Median 14, $Z=-5.2$, $p = .00$) nachgewiesen werden. Ebenso war die Verbesserung der Hyperarousalsymptomatik von Messzeitpunkt 1 ($MW = 26.2$ ($SD = 5.7$), Median 27) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 17.5$ ($SD = 6.2$), Median 18) als signifikant anzusehen ($Z=-5.5$, $p = .00$).

Die individuellen Symptomverläufe in den unterschiedlichen Klassen sowie die geschätzten Modelle der jeweiligen Klassen können graphisch aufbereitet Abbildung 3.31 auf Seite 143 entnommen werden. Tabelle 3.15 auf Seite 144 zeigt einen Überblick über die Merkmale der geschätzten linearen gemischten Modelle.

Eine gemäß des Reliable Change Index klinisch signifikante Reduktion der Symptombelastung im IES-R erreichten in Klasse 1 78%, in Klasse 2 33% und in Klasse 3 8% der Patienten. Bezogen auf die Gesamtstichprobe erreichen 43% eine reliable Verbesserung im Bezug auf die Symptombelastung im IES-R. Grafik 3.32 auf Seite 145 stellt die unterschiedlichen Anteile klinisch signifikanter Verbesserungen in den Subgruppen grafisch dar.

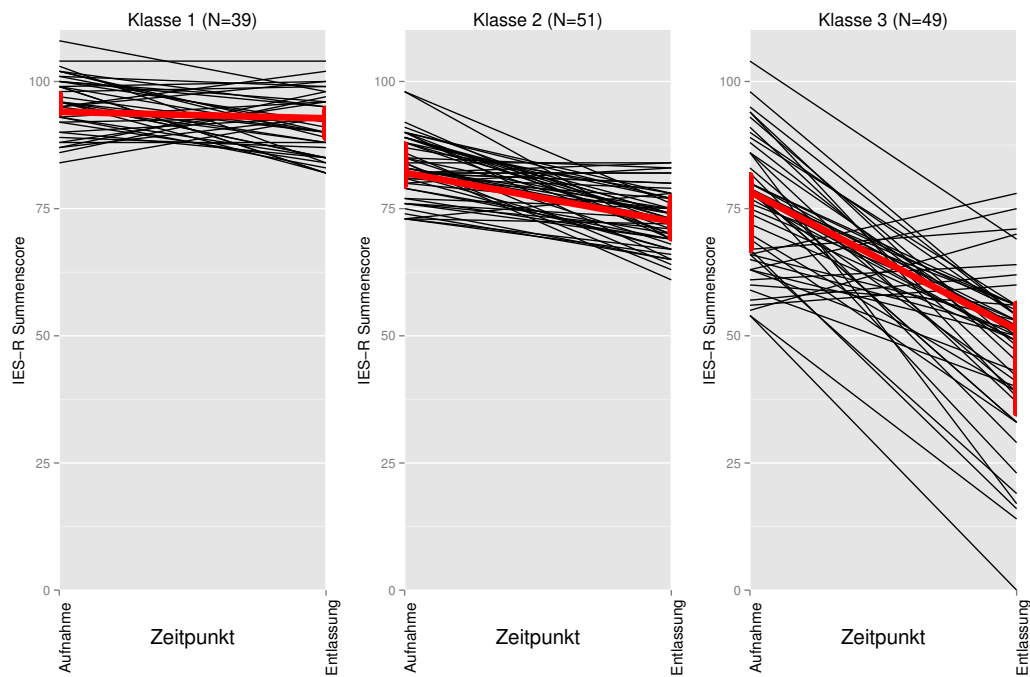


Abbildung 3.31: Die drei Plots zeigen in schwarzer Farbe die individuellen Verläufe der IES-R Summenscores innerhalb der Klassen sowie in roter Farbe die geschätzten linearen gemischten Modelle. Deutlich sind die unterschiedlichen Steigungen sowie die erhöhte Varianz in Klasse 3 zu erkennen.

Klasse	Prädiktor	B	SE	t	F	p	d_z	R^2
1	Messzeitpunkt	-4.2	1.3	-10.1	10.9	.00	0.5	.35
	Aufenthaltsdauer	0.1	0.1	0.5	0.3	.62		
	Alter	0.0	0.1	0.4	0.1	.74		
	Geschlecht	-1.5	1.9	-.8	0.5	.48		
2	Messzeitpunkt	-10.4	1.1	-9.4	83.1	.00	1.3	.49
	Aufenthaltsdauer	0.0	0.1	0.7	0.4	.52		
	Alter	-0.2	0.1	-2.6	5.8	.02		
	Geschlecht	0.5	1.8	0.3	0.1	.80		
3	Messzeitpunkt	-29.0	2.7	-10.8	113.2	.00	1.4	.66
	Aufenthaltsdauer	-0.1	0.2	-0.6	0.3	.61		
	Alter	0.1	0.1	0.8	0.5	.48		
	Geschlecht	-6.4	4.1	-1.6	2.2	.15		

Tabelle 3.15: Vergleich der gemischten linearen Modelle des IES-R Scores im Zeitverlauf. Die Freiheitsgradschätzung für den F -Test erfolgte nach der Kenward-Roger-Methode. B = unstandardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, d_z = Effektstärkemaß für Prä-Post-Designs nach Lakens (2013). R^2 wurde nach der Methode von Edwards, Muller, Wolfinger, Qaqish und Schabenberger (2008) über die Korrelationskoeffizienten der prädizierten mit den beobachteten Werten bestimmt.

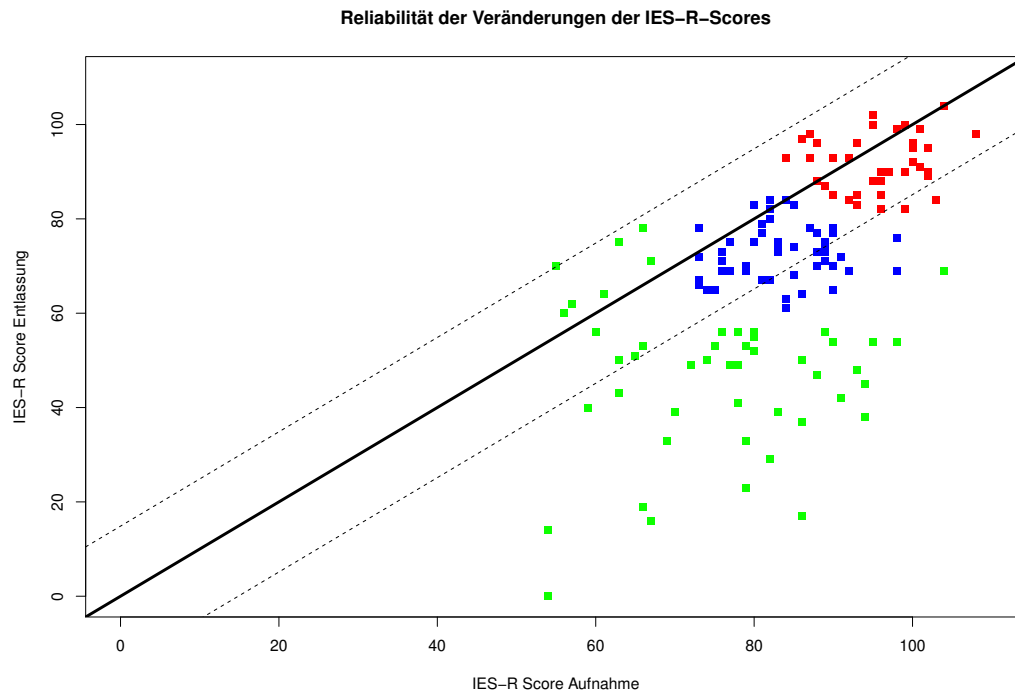


Abbildung 3.32: Die Grafik zeigt die individuellen IES-R-Summscores bei Aufnahme und Entlassung. Die durchgezogene Linie mit Steigung 1 entspricht einem Persistieren des Summscores auf dem Ausgangswert, Werte oberhalb der Linie entsprechen einer Verschlechterung und Werte unterhalb der Linie einer Verbesserung. Die gestrichelten Linien oberhalb und unterhalb der durchgezogenen Linie markieren die jeweiligen Cut-Off-Werte für eine klinisch signifikante Verbesserung bzw. Verschlechterung gemäß Reliable Change Index ($p < .05$). Einem Fall von klinisch signifikanter Verschlechterung in Klasse 3 stehen Anteile von 8% klinisch signifikanter Verbesserung in Klasse 1 (rot), 33% klinisch signifikanter Verbesserung in Klasse 2 (blau) und 78% klinisch signifikanter Verbesserung in Klasse 3 (grün) gegenüber. Insgesamt liegt der Anteil klinisch signifikanter Verbesserungen bei 41.7%.

3.3.4 Klinische und nicht–klinische Merkmale der Klassen

Es ließen sich deutliche Unterschiede zwischen den identifizierten Verlaufsklassen beobachten. Die Belastung durch Intrusionen, Vermeidung und Hyperarousal bei Aufnahme unterschied sich zwischen den Klassen deutlich ($p < .01$). Auch ließen sich sowohl bei Verwendung der ISR– als auch der HEALTH–49–Scores signifikante Unterschiede hinsichtlich Depression und Angst bei Aufnahme zwischen den Gruppen nachweisen ($p < .01$). Auch für das Ausmaß sexueller Gewalt in der Kindheit, das Ausmaß der dissoziativen Symptomatik bei Aufnahme, die Belastung durch Zwangssymptome bei Aufnahme, Belastungen hinsichtlich der sozialen Interaktion sowie der Selbstwirksamkeit ließen sich signifikante Unterschiede zwischen den Klassen nachweisen ($p < .05$). Eine detaillierte Darstellung findet sich in Tabelle 3.16 auf Seite 147.

Auffällig erscheint insbesondere das hohe Ausmaß an Belastungen in Klasse 1, die sowohl hinsichtlich des Ausmaßes sexueller Traumatisierung in der Kindheit als auch hinsichtlich depressiven, ängstlichen, zwanghaften, somatoformen, dissoziativen Symptomen sowie hinsichtlich PTBS–Symptomen die am schwersten belastete Klasse darstellt. Der Anteil komplexer dissoziativer Störungen liegt in dieser Klasse bei 30.7% und damit etwa doppelt so hoch wie in den Klassen 2 (15.7%) und 3 (18.4%). 60.0% der PatientInnen dieser Klasse weisen eine Persönlichkeitsstörung auf. 51.3% der PatientInnen hatten mindestens einen Suizidversuch in der Anamnese.

Skala	Subskala	Klasse 1	Klasse 2	Klasse 3	Teststatistik	<i>p</i>
IES-R	Gesamtscore	95.7(5.7)	83.4(6.2)	75.6(12.9)	$\chi^2(2)=65.4$	.00**
	Intrusion	32.8(3.2)	28.8(5.1)	26.6(5.8)	$\chi^2(2)=32.9$	.00**
	Vermeidung	29.7(5.6)	26.2(7.2)	22.8(7.0)	$\chi^2(2)=19.2$	.00**
	Hyperarousal	33.2(2.4)	28.3(4.9)	26.2(5.7)	$\chi^2(2)=43.2$	.00**
ISR	Gesamtscore	2.1(0.5)	1.8(0.6)	1.5(0.5)	$\chi^2(2)=22.3$	.00**
	Depression	3.0(0.8)	2.6(0.9)	2.3(0.9)	$\chi^2(2)=13.5$	.00**
	Angst	3.4(0.6)	2.7(0.9)	2.3(0.8)	$\chi^2(2)=33.7$	.00**
	Somatisierung	0.9(1.2)	0.7(0.9)	0.8(0.8)	$\chi^2(2)=0.3$	.85
	Zwang	2.2(1.1)	1.7(1.3)	1.5(1.0)	$\chi^2(2)=9.2$	.01*
	Essstörung	0.9(1.2)	1.0(1.1)	0.7(0.8)	$\chi^2(2)=0.8$	.68
DES-T		25.3(22.5) [21.8]	19.0(18.3) [14.3]	11.8(12.4) [7.8]	$\chi^2(2)=7.7$	.02*
CTQ	Gesamtscore	80.1(24.1)	79.3(22.3)	69.4(22.3)	$\chi^2(2)=5.4$	.07 ^o
	Sexueller Missbrauch	16.6(7.0)	14.7(8.0)	11.7(6.7)	$\chi^2(2)=9.6$	.01*
	Körperlicher Missbrauch	14.0(6.8)	13.0(6.7)	11.1(6.1)	$\chi^2(2)=4.4$	.11
	Emotionaler Missbrauch	18.0(5.7)	17.6(5.0)	15.8(6.3)	$\chi^2(2)=2.9$	.24
	Emotionale Vernachlässigung	18.1(6.3)	20.4(4.6)	19.2(5.4)	$\chi^2(2)=2.5$	.29
	Körperliche Vernachlässigung	13.3(5.6)	13.6(5.0)	11.6(4.3)	$\chi^2(2)=3.3$	.20
H-49	Somatoforme Beschwerden	2.5(0.9)	2.3(0.9)	1.9(1.0)	$\chi^2(2)=9.9$	.01*
	Depressivität	2.8(0.8)	2.5(1.0)	2.2(0.8)	$\chi^2(2)=12.9$	.00**
	Phobische Ängste	2.4(1.1)	1.8(1.2)	1.3(0.9)	$\chi^2(2)=18.8$	.00**
	Psychische und somatoforme Beschwerden	2.6(0.7)	2.2(0.8)	1.8(0.7)	$F(1,137)=28.0$	.00**
	Psychisches Wohlbefinden	3.3(0.6)	2.9(0.8)	2.7(0.7)	$\chi^2(2)=13.9$	.00**
	Interaktionelle Schwierigkeiten	2.7(0.9)	2.6(1.0)	2.1(0.8)	$\chi^2(2)=7.0$	.03*
	Selbstwirksamkeit	2.5(0.9)	2.5(0.9)	2.2(0.8)	$\chi^2(2)=2.0$	.37
	Aktivitäten und Partizipation	2.7(0.9)	2.6(0.8)	2.1(0.9)	$\chi^2(2)=12.5$	.00**
	Soziale Unterstützung	1.9(1.1)	1.9(1.1)	1.9(0.8)	$\chi^2(2)=0.1$	.95
	Soziale Belastung	2.0(1.0)	2.0(0.9)	1.8(0.9)	$\chi^2(2)=1.1$	.57
FFA		61.2(10.8)	65.7(9.1)	69.3(9.0)	$\chi^2(2)=13.1$	.00**

Tabelle 3.16: Die subgruppenspezifischen Ergebnisse der testpsychologischen Untersuchung bei Aufnahme in der revidierten Impact Of Event Scale (IES-R), dem ICD-10-Symptomrating (ISR), der Dissociative Experiences Scale - Taxon (DES-T), dem Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), dem HEALTH-49 (H-49), dem Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA) sowie ergänzend der Summenscore der vor Entlassung beantworteten Kurzform des Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens (VEV-K); Mittelwerte und Standardabweichungen, bei ausgeprägt schiefen Verteilungen Mediane in eckigen Klammern; ^o $p < .1$, * $p < .05$, ** $p < .01$

3.3.5 Prädiktion der Klassenzugehörigkeit (CART)

Im Rahmen der Voranalysen zur Verhinderung von Multikollinearitätsproblemen bei der Erstellung des Klassifikationsbaumes wurden die Varianzinflationsfaktoren sowie die Korrelationsmatrix der Prädiktorvariablen überprüft. Dabei zeigte sich, dass die ISR-Skalen Angst und Depression sowie die Skalen Psychisches Wohlbefinden und Aktivität und Partizipation des HEALTH-49 aufgrund von Interkorrelationswerten $> .4$ ausgeschlossen werden mussten. Alle Varianzinflationsfaktoren lagen bei Werten < 5 . Daraufhin konnte das Regressionsmodell für den CART-Algorithmus mit den Faktoren Zwang (ISR), Dissoziation (DES-T), Sexueller Missbrauch in der Kindheit (CTQ), Interaktionelle Schwierigkeiten (HEALTH-49), somatoforme Beschwerden (ISR) und Achtsamkeit (FFA) erstellt werden.

Nach dem Post-Pruning erwies sich die Lösung mit drei Splits, einem Komplexitätsparameter von 0.03 und einem Kreuzvalidierungsfehler von 0.91 als das beste Klassifikationsbaummodell (siehe Tabelle 3.17 auf Seite 150). Visuelle Analysen des Kreuzvalidierungs-Plots bestätigten diesen Eindruck. Gemäß des Variable Importance Indikators des CART-Algorithmus ist Achtsamkeit mit einem Wert von 35 der wichtigste Prädiktor, gefolgt von Interaktionellen Schwierigkeiten mit 27, Dissoziation mit 21 und Sexueller Missbrauch in der Kindheit mit 17.

Das finale CART-Modell ist in Abbildung 3.33 auf Seite 151 zu sehen. PatientInnen mit einem Achtsamkeitsscore von unter 57.5 im Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit haben eine 55% Wahrscheinlichkeit, einen in Bezug auf die Verbesserung der PTBS-Symptomatik unbefriedigenden Verlauf vom Typ 1 aufzuweisen. Die Wahrscheinlichkeit, einen sehr guten Verlauf (Klas-

se 3) zu zeigen, beträgt für diese Subgruppe nur 13%, das entspricht in der Stichprobe der 139 PatientInnen nur einer Person.

Die Gruppe jener PatientInnen mit einem höheren Aufnahmescore als 57.5 im Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit können weiter differenziert werden. Weisen sie ausgeprägte interaktionelle Schwierigkeiten auf (Werte auf der HEALTH-49 Subskala Interaktionelle Schwierigkeiten größer 3.215), so besteht eine Wahrscheinlichkeit von 35% für einen unbefriedigenden Verlauf vom Typ 1 und eine Wahrscheinlichkeit von 55% für einen Verlauf vom Typ 2.

Bestehen weder ausgeprägt niedrige Werte für Achtsamkeit noch ausgeprägt hohe Werte für interaktionelle Schwierigkeiten, so zeigt sich Dissoziation als bedeutsamster Prädiktor der Gruppenzugehörigkeit. Bestehen extrem hohe Aufnahmewerte größer 34, so besteht eine Wahrscheinlichkeit von 18% für einen unbefriedigenden Verlauf vom Typ 1 und eine Wahrscheinlichkeit von 64% für einen Verlauf vom Typ 2. Liegen die Aufnahmewerte im DES-T niedriger, so zeigen sich Wahrscheinlichkeiten von 17% für einen Verlauf vom Typ 1 und von 30% für einen Verlauf vom Typ 2.

Die Gruppe der Patienten mit keinen ausgeprägten Störungen der Achtsamkeit oder der Interaktion und keiner extrem hohen Dissoziationsausprägung kann anhand des Ausmaßes des sexuellen Missbrauchs in der Kindheit weiter differenziert werden. Liegt das im CTQ berichtete Ausmaß des sexuellen Missbrauchs in der Kindheit unter dem Wert von 19.5, so verdoppelt sich die Wahrscheinlichkeit auf einen sehr guten Verlauf vom Typ 3 von 32% auf 62%, während die Wahrscheinlichkeit für einen unbefriedigenden Verlauf vom Typ 1 von 23% auf 15% sinkt.

Modell	Komplexitätsparameter	Splits	Kreuzvalidierungsfehler
1	0.13	0	1.18
2	0.10	1	1.11
3	0.06	2	0.93
4	0.03	3	0.91
5	0.03	4	0.94

Tabelle 3.17: Fehleranalyse der Klassifikationsbaummodelle

3.3.6 Analyse der Symptomverläufe in den Klassen

Im Folgenden werden die Symptomverläufe der sekundären Outcome-Maße in den unterschiedlichen Klassen beschrieben. Dabei wurde für die Berechnung der klinischen Signifikanz die Gesamtstichprobenvarianz verwendet.

ICD-10-Symptomrating

Depression Die Voraussetzung der Normalität war für die Subskala Depression in allen drei Klassen erfüllt ($W = .96$, $p = .22$; $W = .97$, $p = .28$; $W = .98$, $p = .67$). Varianzhomogenität war ebenfalls gegeben ($F(1, 75) = 3.3$, $p = .07$; $F(1, 100) = 0.1$, $p = .75$; $F(1, 96) = 3.5$, $p = .06$).

In Klasse 1 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 37) = 28.6$, $p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 35) = 1.5$, $p = .22$), Alter ($F(1, 36) = 0.1$, $p = .83$) und Geschlecht ($F(1, 35) = 0$, $p = .90$). Die Verbesserung des Depressionsscores von Messzeitpunkt 1

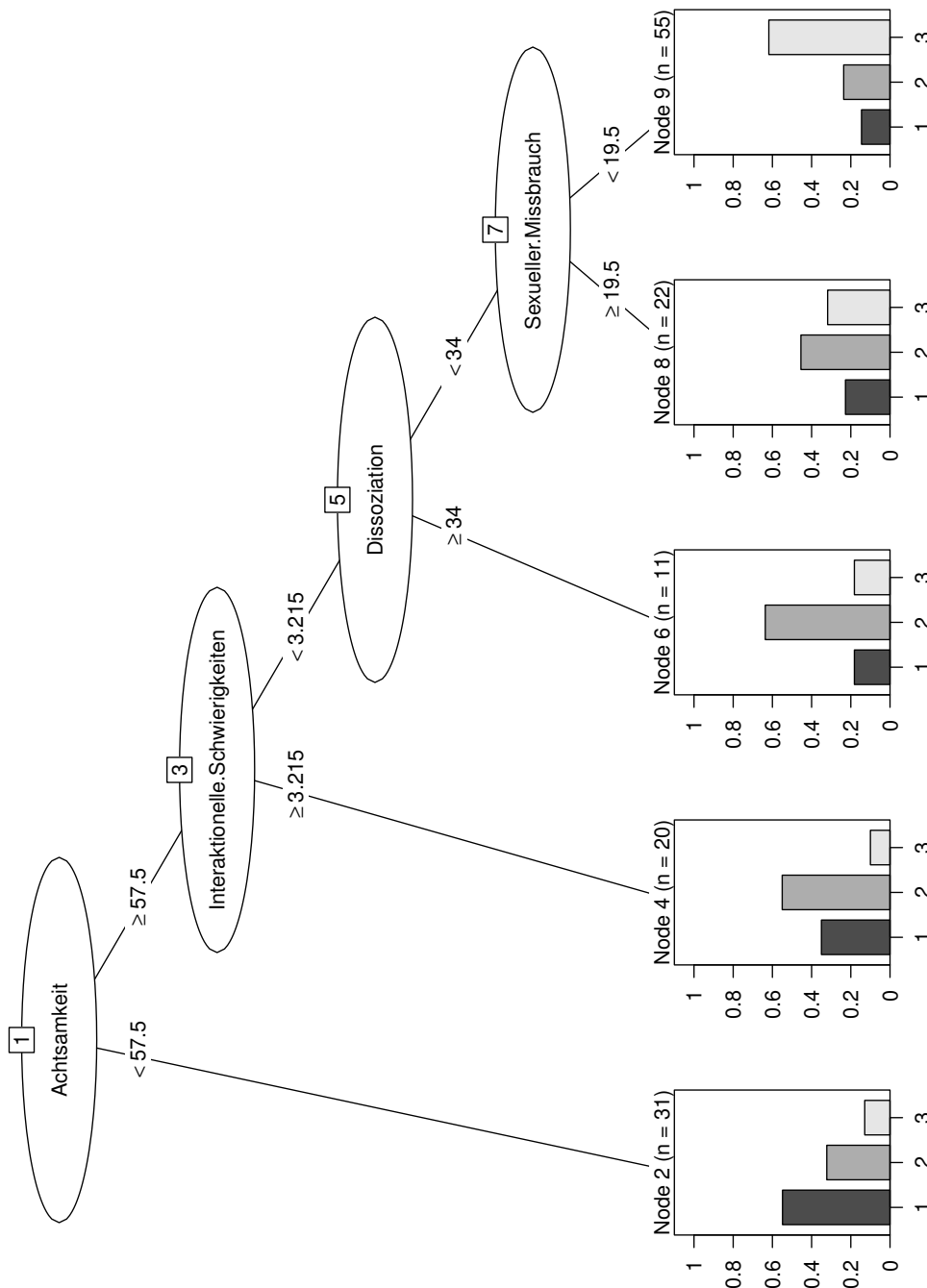


Abbildung 3.33: Das CART-Modell zeigt, wie anhand der Achtsamkeit, des Ausmaßes interaktioneller Schwierigkeiten, der Dissoziation sowie des Ausmaßes des sexuellen Missbrauchs die Wahrscheinlichkeiten für unterschiedliche Klassen von Verläufen bestimmt werden können.

($MW = 3.0$ ($SD = 0.8$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 2.1$ ($SD = 0.8$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.86$. 14 der 39 PatientInnen (35.9%) in Klasse 1 konnten sich hinsichtlich ihrer depressiven Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber steht eine klinisch signifikante Verschlechterung (2.6%).

In Klasse 2 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 50) = 22.7, p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 47) = 0, p = .88$), Alter ($F(1, 47) = 0.1, p = .78$) und Geschlecht ($F(1, 47) = 0, p = .90$). Die Verbesserung des Depressionsscores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.6$ ($SD = 0.9$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.9$ ($SD = 0.9$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.69$. 17 der 51 PatientInnen (33.3%) in Klasse 2 konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen drei klinisch signifikante Verschlechterungen (5.9%).

In Klasse 3 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 48) = 74.0, p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 45) = 0.9, p = .35$), Alter ($F(1, 45) = 0, p = .96$) und Geschlecht ($F(1, 45) = 3.3, p = .07$). Die Verbesserung des Depressionsscores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.3$ ($SD = 0.9$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.2$ ($SD = 0.7$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 1.2$. 24 der 49 PatientInnen in Klasse 3 (48.9%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen keine klinisch signifikanten Verschlechterungen.

Ein Überblick über die klinische Signifikanz der Veränderungen ist Abbildung 3.34 auf Seite 163) zu entnehmen. Eine Übersichtsdarstellung der Re-

gressionskoeffizienten, der Standardfehler und der Signifikanz der gemischten linearen Modelle sowie der Effektstärken, der Varianzaufklärung und der klinischen Signifikanz der Ergebnisse findet sich in Tabelle 3.18 auf Seite 153.

Klasse	Prädiktor	B	SE	t	F	p	d_z	R^2
1	Messzeitpunkt	-0.9	0.2	-5.5	28.6	.00	0.86	.72
	Aufenthaltsdauer	0	0	1.3	1.5	.22		
	Alter	0.0	0.1	0.4	0.1	.83		
	Geschlecht	-1.5	1.9	-.8	0	.90		
2	Messzeitpunkt	-0.7	0.2	-4.8	22.7	.00	0.69	.57
	Aufenthaltsdauer	0.0	0.1	0.7	0	.88		
	Alter	0	0	-0.3	0.1	.78		
	Geschlecht	0	0.3	-0.1	0	.90		
3	Messzeitpunkt	-1.0	0.1	-8.7	74.0	.00	1.20	.76
	Aufenthaltsdauer	0	0	-1.0	0.9	.35		
	Alter	0	0	-0.1	0	.96		
	Geschlecht	-0.5	0.3	-2.0	3.3	.07		

Tabelle 3.18: Vergleich der gemischten linearen Modelle des ISR–Depressionsscores im Zeitverlauf. Die Freiheitsgradschätzung für den F –Test erfolgte nach der Kenward–Roger–Methode. B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, d_z = Effektstärkemaß für Prä–Post–Designs nach Lakens (2013). R^2 wurde nach der Methode von Edwards, Muller, Wolfinger, Qaqish und Schabenberger (2008) über die Korrelationskoeffizienten der prädizierten mit den beobachteten Werten bestimmt.

Angst Die Voraussetzung der Normalität war für die Subskala Angst in den Klassen 2 und 3 erfüllt, nicht jedoch in der Klasse 1 ($W = .91$, $p = .00$;

$W = .96, p = .11; W = .96, p = .07$). In den Klassen 2 und 3 war Varianzhomogenität gegeben ($F(1, 100) = 0, p = .89; F(1, 96) = 0.3, p = .61$).

In Klasse 1 zeigte sich eine signifikante Verbesserung im zeitlichen Verlauf ($Z = -3.8, p = .00$). Die Verbesserung des Angstscores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 3.3$ ($SD = 0.6$), Median 3.25) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 2.8$ ($SD = 0.9$), Median 3) ist demnach als signifikant anzusehen. 8 der 39 PatientInnen (20.5%) in Klasse 1 konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung durch Angstsymptome klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen keine klinisch signifikanten Verschlechterungen.

In Klasse 2 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 50) = 6.0, p = .02$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 47) = 2.1, p = .15$), Alter ($F(1, 47) = 1.1, p = .30$) und Geschlecht ($F(1, 47) = 0.1, p = .83$). Die Verbesserung des Angstscores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.7$ ($SD = 0.9$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 2.4$ ($SD = 0.9$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.34$. 12 der 51 PatientInnen (23.5%) in Klasse 2 konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber steht eine klinisch signifikante Verschlechterung (1.9%).

In Klasse 3 zeigten sich signifikante Effekte für den Messzeitpunkt ($F(1, 48) = 49.3, p = .00$) und Geschlecht ($F(1, 45) = 5.3, p = .03$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 45) = 0.4, p = .53$) und Alter ($F(1, 45) = 0.2, p = .70$). Die Verbesserung des Angstscores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.3$ ($SD = 0.8$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.3$ ($SD = 0.7$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 1.0$. Männer berichteten signifikant niedrigere Bela-

stungen durch Angstsymptome ($B = -49$, $SE = 0.20$). 16 der 49 PatientInnen (32.7%) in Klasse 3 konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung durch Angstsymptome klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber steht eine klinisch signifikante Verschlechterung (2.0%).

Ein Überblick über die klinische Signifikanz der Veränderungen ist Abbildung 3.34 auf Seite 163) zu entnehmen. Eine Übersichtsdarstellung der Regressionskoeffizienten, der Standardfehler und der Signifikanz der gemischten linearen Modelle sowie der Effektstärken, der Varianzaufklärung und der klinischen Signifikanz der Ergebnisse findet sich in Tabelle 3.19 auf Seite 156.

Zwang Die Voraussetzung der Normalität war für die Subskala Zwang in den Klassen 1 und 3 erfüllt ($W = .97$, $p = .34$; $W = .97$, $p = .29$), nicht jedoch in Klasse 2 ($W = .94$, $p = .01$). In den Klassen 1 und 3 war auch Varianzhomogenität gegeben ($F(1, 75) = 0$, $p = .85$; $F(1, 96) = 1.1$, $p = .30$). In Klasse 1 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 37) = 6.3$, $p = .02$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 35) = 2.4$, $p = .13$), Alter ($F(1, 36) = 0$, $p = .96$) und Geschlecht ($F(1, 35) = 1.2$, $p = .29$). Die Verbesserung des Zwangsscores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.2$ ($SD = 1.1$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.8$ ($SD = 1.1$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.41$. 8 der 39 PatientInnen (20.5%) in Klasse 1 konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen zwei klinisch signifikante Verschlechterungen (5.1%).

Die Verbesserung des Zwangsscores in Klasse 2 von Messzeitpunkt 1 ($MW = 1.7$ ($SD = 1.3$), Median 1.7) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.4$ ($SD = 1.0$),

Klasse	Prädiktor	B	SE	t	F	p	d_z	R^2
2	Messzeitpunkt	-0.3	1.0	-2.5	6.0	.02	0.34	.75
	Aufenthaltsdauer	0	0	-1.6	2.2	.15		
	Alter	0	0	-1.1	1.1	.30		
	Geschlecht	0	0.3	0.2	0.1	.83		
3	Messzeitpunkt	-1.0	0.1	-7.1	49.3	.00	1.0	.46
	Aufenthaltsdauer	0	0	-0.7	0.4	.53		
	Alter	0	0	-0.4	0.2	.70		
	Geschlecht	-0.5	0.2	-2.5	5.3	.03		

Tabelle 3.19: Vergleich der gemischten linearen Modelle des ISR–Angstscores im Zeitverlauf. Die Signifikanztestung für Klasse 1 erfolgte mittels Wilcoxon–Tests. Die Freiheitsgradschätzung für den F –Test erfolgte nach der Kenward–Roger–Methode. B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, d_z = Effektstärkemaß für Prä–Post–Designs nach Lakens (2013). R^2 wurde nach der Methode von Edwards, Muller, Wolfinger, Qaqish und Schabenberger (2008) über die Korrelationskoeffizienten der prädizierten mit den beobachteten Werten bestimmt.

Median 1.3) erwies sich als signifikant ($= -2.4$, $p = .02$. 5 der 51 PatientInnen in Klasse 2 (9.8%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen zwei klinisch signifikante Verschlechterungen (3.9%).

In Klasse 3 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 48) = 12.4$, $p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 45) = 0$, $p = .83$), Alter ($F(1, 45) = 0$, $p = .85$) und Geschlecht ($F(1, 45) = 0.3$, $p = .57$). Die Verbesserung des Zwangsscores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 1.5$ ($SD = 1.0$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 0.9$ ($SD = 0.9$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.50$. 9 der 40 PatientInnen in Klasse 3 (18.4%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen drei klinisch signifikante Verschlechterungen (6.1%).

Ein Überblick über die klinische Signifikanz der Veränderungen ist Abbildung 3.34 auf Seite 163) zu entnehmen. Eine Übersichtsdarstellung der Regressionskoeffizienten, der Standardfehler und der Signifikanz der gemischten linearen Modelle sowie der Effektstärken, der Varianzaufklärung und der klinischen Signifikanz der Ergebnisse findet sich in Tabelle 3.20 auf Seite 158.

Somatoforme Beschwerden Die Voraussetzung der Normalität war für die Subskala Somatoforme Beschwerden in allen drei Klassen nicht erfüllt ($W = .82$, $p = .00$; $W = .93$, $p = .00$; $W = .95$, $p = .04$). Die Verbesserung der somatoformen Beschwerden von Messzeitpunkt 1 ($MW = 0.9$ ($SD = 1.2$), Median 0) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 0.8$ ($SD = 1.0$), Median 0.7) erwies sich in Klasse 1 als nicht signifikant ($Z = -0.9$, $p = .39$). Zwei

Klasse	Prädiktor	B	SE	t	F	p	d_z	R^2
1	Messzeitpunkt	-0.5	0.2	-2.5	6.3	.02	0.4	.70
	Aufenthaltsdauer	0	0	-1.7	2.4	.13		
	Alter	0.0	0	0.4	0	.96		
	Geschlecht	-0.5	0.4	-1.1	1.2	.29		
3	Messzeitpunkt	-0.5	0.2	-3.6	12.4	.00	0.5	.67
	Aufenthaltsdauer	0	0	0.2	0	.83		
	Alter	0	0	0.2	0	.85		
	Geschlecht	-0.2	0.3	-0.6	0.3	.57		

Tabelle 3.20: Vergleich der gemischten linearen Modelle des ISR-Zwangsscores im Zeitverlauf. Die Freiheitsgradschätzung für den F -Test erfolgte nach der Kenward-Roger-Methode. B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, d_z = Effektstärkemaß für Prä-Post-Designs nach Lakens (2013). R^2 wurde nach der Methode von Edwards, Muller, Wolfinger, Qaqish und Schabenberger (2008) über die Korrelationskoeffizienten der prädizierten mit den beobachteten Werten bestimmt.

der 39 PatientInnen in Klasse 1 (5.1%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen drei klinisch signifikante Verschlechterungen. (7.7%)

Die Veränderung der Werte von Messzeitpunkt 1 ($MW = 0.7$ ($SD = 0.9$), Median 0.3) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 0.5$ ($SD = 0.7$), Median 0) in Klasse 2 hingegen erwies sich als signifikant ($Z = -2.1$, $p = .04$). Sieben der 51 PatientInnen (13.7%) in Klasse 2 konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen zwei klinisch signifikante Verschlechterungen (3.9%).

Auch in Klasse 3 zeigte sich eine signifikante Veränderung der somatoformen Beschwerden von Messzeitpunkt 1 ($MW = 0.8$ ($SD = 0.8$), Median 0.7) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 0.5$ ($SD = 0.8$), Median 0, $Z = -2.7$, $p = .01$). Sieben der 49 PatientInnen in Klasse 3 (14.3%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber steht eine klinisch signifikante Verschlechterung (2.0%).

Ein Überblick über die klinische Signifikanz der Veränderungen ist Abbildung 3.34 auf Seite 163) zu entnehmen.

Esstörung Die Voraussetzung der Normalität war für die Subskala Esstörung in keiner der drei Klassen erfüllt ($W = .90$, $p = .00$; $W = .92$, $p = .00$; $W = .88$, $p = .00$).

Die Veränderung des Essstörungsscores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 1.0$ ($SD = 1.2$), Median 0.3) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 0.8$ ($SD = 1.2$), Median 0) ist in Klasse 1 nicht signifikant ($Z = -0.6$, $p = .52$). Zwei der 39 PatientInnen (5.1%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant

verbessern. Dem gegenüber steht eine klinisch signifikante Verschlechterung (2.6%).

Auch in Klasse 2 zeigte sich kein signifikanter Effekt für die Verbesserung des Essstörungsscores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 0.9$ ($SD = 1.1$), Median 0.3) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 0.9$ ($SD = 1.1$), Median 0.7, $Z = -0.2$, $p = .81$). Vier der 51 PatientInnen in Klasse 2 (7.8%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen ebenso viele klinisch signifikante Verschlechterungen.

In Klasse 3 zeigte sich ebenso wenig ein signifikanter Effekt für die Verbesserung des Essstörungsscores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 0.8$ ($SD = 0.6$), Median 0.3) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 0.7$ ($SD = 0.8$), Median 0, $Z = -0.9$, $p = .37$). Drei der 49 PatientInnen in Klasse 3 (6.1%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Es war eine klinisch signifikante Verschlechterung zu beobachten (2.0%).

Ein Überblick über die klinische Signifikanz der Veränderungen ist Abbildung 3.34 auf Seite 163) zu entnehmen.

Zusatzskala Die Voraussetzung der Normalität war für die Zusatzskala in den Klassen 1 und 2 erfüllt, nicht jedoch in Klasse 3 ($W = .98$, $p = .56$; $W = .93$, $p = .34$; $W = .95$, $p = .04$). Varianzhomogenität war in den Klassen 1 und 2 ebenfalls gegeben ($F(1, 75) = 1.1$, $p = .30$; $F(1, 100) = 0.9$, $p = .33$).

In Klasse 1 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 37) = 7.3$, $p = .01$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 35) = 0.4$, $p = .52$), Alter ($F(1, 35) = 0.5$, $p = .49$) und Geschlecht ($F(1, 35) =$

0.4, $p = .52$). Die Verbesserung des Zusatzskalascores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.2$ ($SD = 0.6$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 2.0$ ($SD = 0.7$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.4$. Vier der 39 PatientInnen in Klasse 1 (10.3%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber steht eine klinisch signifikante Verschlechterung (2.6%).

In Klasse 2 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 50) = 10.2$, $p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 47) = 0.4$, $p = .51$), Alter ($F(1, 47) = 3.2$, $p = 0.8$) und Geschlecht ($F(1, 47) = 2.2$, $p = .14$). Die Verbesserung des Zusatzskalascores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 1.9$ ($SD = 0.7$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.7$ ($SD = 0.6$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = .45$. Acht der 51 PatientInnen in Klasse 2 (15.7%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber steht eine klinisch signifikante Verschlechterung (2.0%).

In Klasse 3 zeigte sich eine signifikante Verbesserung des Zusatzskalascores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 1.5$ ($SD = 0.4$), Median 1.6) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.1$ ($SD = 0.5$), Median 1.1, $Z = -4.9$, $p = .00$). Zwölf der 49 PatientInnen in Klasse 3 (24.5%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen keine klinisch signifikanten Verschlechterungen.

Ein Überblick über die klinische Signifikanz der Veränderungen ist Abbildung 3.34 auf Seite 163) zu entnehmen. Eine Übersichtsdarstellung der Regressionskoeffizienten, der Standardfehler und der Signifikanz der gemischten linearen Modelle sowie der Effektstärken, der Varianzaufklärung und der kli-

nischen Signifikanz der Ergebnisse findet sich in Tabelle 3.21 auf Seite 162.

Klasse	Prädiktor	B	SE	t	F	p	d_z	R^2
1	Messzeitpunkt	-0.2	0.1	-2.7	7.3	.01	0.4	.89
	Aufenthaltsdauer	0	0	0.7	0.4	.52		
	Alter	0	0	0.8	0.5	.49		
	Geschlecht	0.2	0.2	0.7	0.4	.52		
2	Messzeitpunkt	-0.2	0.1	-3.2	10.2	.00	0.5	.82
	Aufenthaltsdauer	0	0	-0.7	0.4	.51		
	Alter	0	0	-1.9	3.2	.08		
	Geschlecht	0.4	0.2	1.6	2.2	.14		

Tabelle 3.21: Vergleich der gemischten linearen Modelle des ISR–Zusatzskalaskores im Zeitverlauf. Die Freiheitsgradschätzung für den F –Test erfolgte nach der Kenward–Roger–Methode. B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, d_z = Effektstärkemaß für Prä–Post–Designs nach Lakens (2013). R^2 wurde nach der Methode von Edwards, Muller, Wolfinger, Qaqish und Schabenberger (2008) über die Korrelationskoeffizienten der prädizierten mit den beobachteten Werten bestimmt.

Gesamtscore Die Voraussetzung der Normalität war für den Gesamtscore in den Klassen 2 und 3 erfüllt, nicht jedoch in Klasse 1 ($W = .94$, $p = .04$; $W = .98$, $p = .52$; $W = .99$, $p = .84$). Varianzhomogenität war in den Klassen 2 und 3 ebenfalls gegeben ($F(1, 100) = 0.8$, $p = .38$; $F(1, 96) = 0.6$, $p = .42$). In Klasse 1 zeigte sich eine signifikante Verbesserung des Gesamtscores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.1$ ($SD = 0.5$), Median 2.2) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.7$ ($SD = 0.7$), Median 1.7, $Z = -4.0$, $p = .00$). Neun der 39

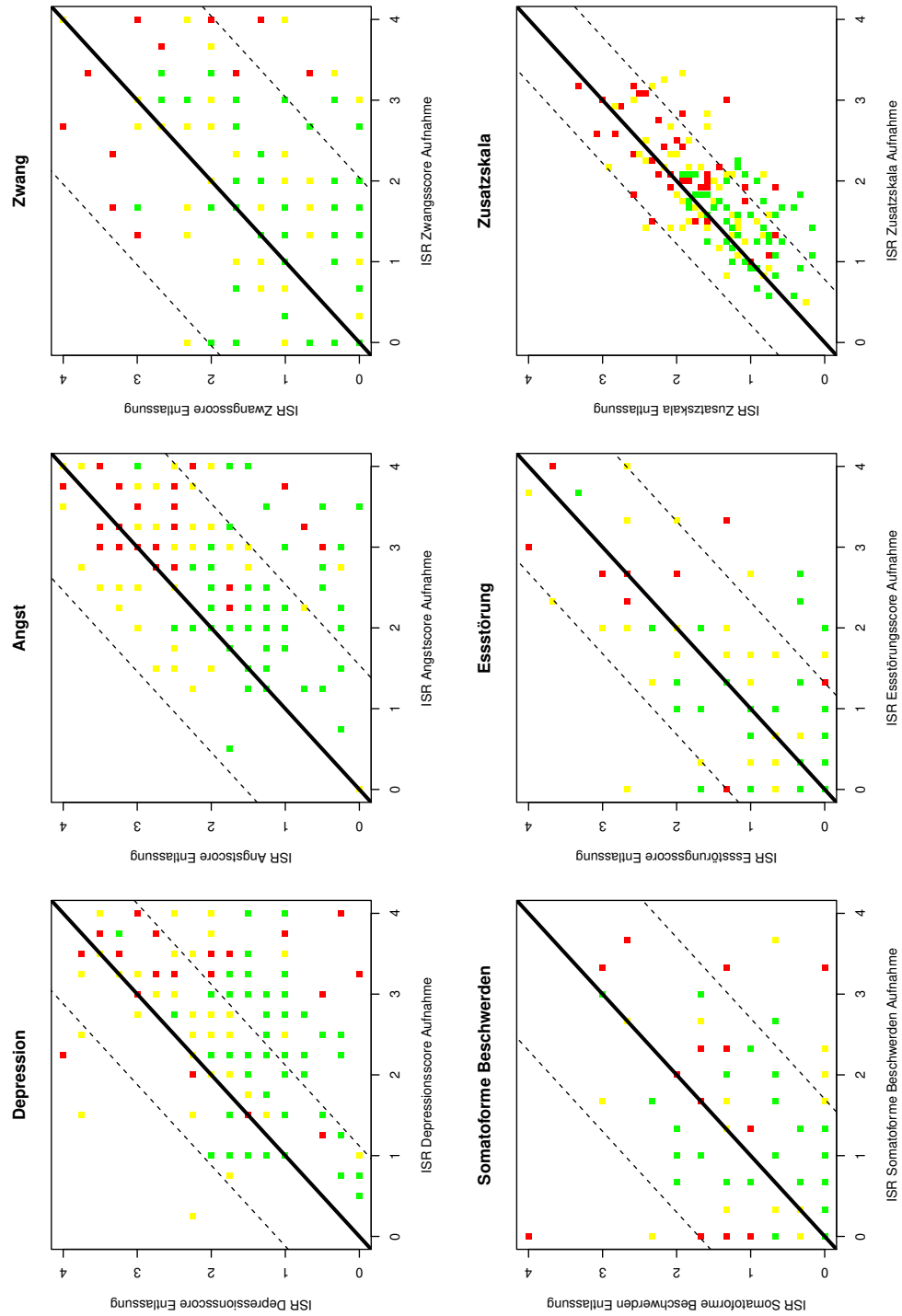


Abbildung 3.34: Die klinische Signifikanz der Verbesserungen im ISR. Die Werte der Klasse 1 sind rot, jene der Klasse 2 gelb und die der Klasse 3 grün.

PatientInnen in Klasse 1 (23.1%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber steht eine klinisch signifikante Verschlechterung (2.6%).

In Klasse 2 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 50) = 16.9$, $p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 47) = 3.5$, $p = .07$), Alter ($F(1, 47) = 2.2$, $p = .15$) und Geschlecht ($F(1, 47) = 0.2$, $p = .69$). Die Verbesserung des Gesamtscores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 1.8$ ($SD = 0.6$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.5$ ($SD = 0.5$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.6$. Zehn der 51 PatientInnen in Klasse 2 (19.6%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen zwei klinisch signifikante Verschlechterungen (3.9%).

In Klasse 3 zeigten sich signifikante Effekte für den Messzeitpunkt ($F(1, 48) = 68.4$, $p = .00$) und das Geschlecht ($F(1, 45) = 5.2$, $p = .03$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 45) = 0.2$, $p = .68$) und Alter ($F(1, 45) = 0.1$, $p = .80$). Die Verbesserung des Gesamtscores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 1.5$ ($SD = 0.5$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 0.9$ ($SD = 0.5$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 1.2$. Männliches Geschlecht ging mit niedrigeren Werten einher ($B = -0.4$, $SE = 0.2$). 18 der 49 PatientInnen in Klasse 3 (36.7%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen keine klinisch signifikanten Verschlechterungen.

Ein Überblick über die klinische Signifikanz der Veränderungen ist Abbildung 3.35 auf Seite 166) zu entnehmen. Eine Übersichtsdarstellung der Regressionskoeffizienten, der Standardfehler und der Signifikanz der gemischten

linearen Modelle sowie der Effektstärken, der Varianzaufklärung und der klinischen Signifikanz der Ergebnisse findet sich in Tabelle 3.22 auf Seite 165.

Klasse	Prädiktor	B	SE	t	F	p	d_z	R^2
2	Messzeitpunkt	-0.3	0.1	-4.2	16.9	.00	0.6	.76
	Aufenthaltsdauer	0	0	-2.0	3.5	.07		
	Alter	0	0	-1.6	2.2	.15		
	Geschlecht	0.1	0.2	0.4	0.2	.69		
3	Messzeitpunkt	-0.6	0.1	-8.4	68.4	.00	1.2	.80
	Aufenthaltsdauer	0	0	-0.4	0.2	.68		
	Alter	0	0	0.3	0.1	.80		
	Geschlecht	-0.4	0.2	-2.4	5.2	.03		

Tabelle 3.22: Vergleich der gemischten linearen Modelle des ISR-Gesamtscores im Zeitverlauf. Die Freiheitsgradschätzung für den F -Test erfolgte nach der Kenward-Roger-Methode. B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, d_z = Effektstärkemaß für Prä-Post-Designs nach Lakens (2013). R^2 wurde nach der Methode von Edwards, Muller, Wolfinger, Qaqish und Schabenberger (2008) über die Korrelationskoeffizienten der prädizierten mit den beobachteten Werten bestimmt.

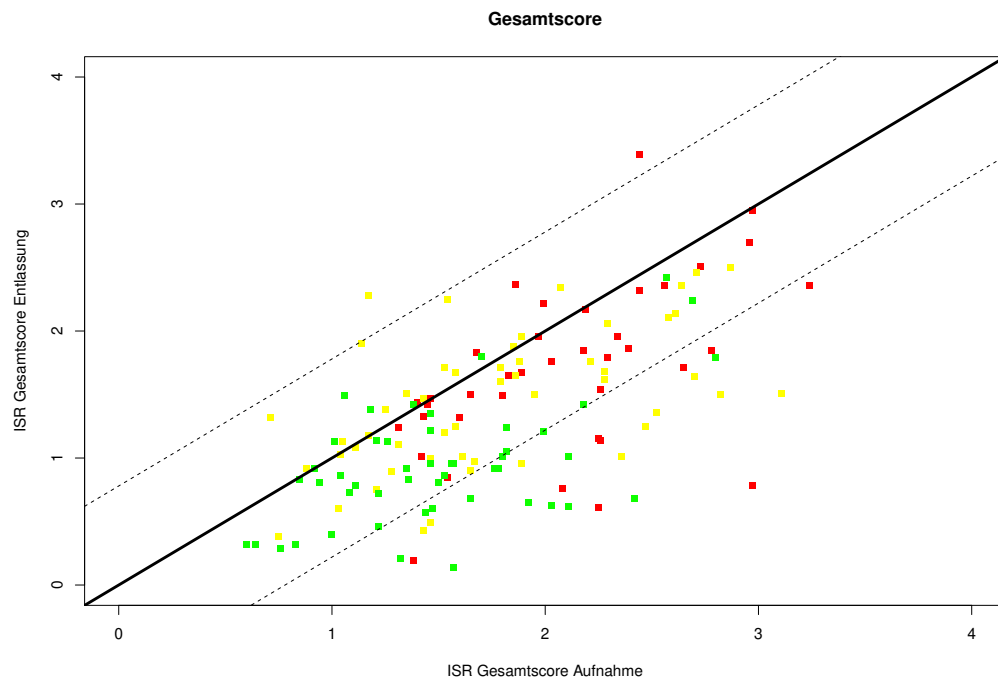


Abbildung 3.35: Die klinische Signifikanz der Verbesserungen im ISR-Gesamtscore. Die Werte der Klasse 1 sind rot, jene der Klasse 2 gelb und die der Klasse 3 grün.

HEALTH-49

Depression Die Voraussetzung der Normalität war für die Depressionsskala in allen drei Klassen erfüllt ($W = .99, p = .88$; $W = .98, p = .68$; $W = .98, p = .69$). Varianzhomogenität war ebenfalls gegeben ($F(1, 74) = 1.1, p = .31$; $F(1, 100) = 0.4, p = .53$; $F(1, 96) = 1.1, p = .30$).

In Klasse 1 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 36) = 27.1, p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 35) = 2.5, p = .12$), Alter ($F(1, 36) = 0.2, p = .69$) und Geschlecht ($F(1, 35) = 0.1, p = .77$). Die Verbesserung des Depressionsscores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.8$ ($SD = 0.8$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 2.0$ ($SD = 1.0$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.9$. 14 der 39 PatientInnen in Klasse 1 (35.9%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber steht eine klinisch signifikante Verschlechterung (2.6%).

In Klasse 2 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 50) = 20.0, p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 47) = 0.2, p = .67$), Alter ($F(1, 47) = 1.8, p = .19$) und Geschlecht ($F(1, 47) = 0.1, p = .79$). Die Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.5$ ($SD = 1.0$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.8$ ($SD = 0.8$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.6$. 16 der 51 PatientInnen in Klasse 2 (31.4%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen drei klinisch signifikante Verschlechterungen (5.9%).

In Klasse 3 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 48) = 85.2, p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 45) =$

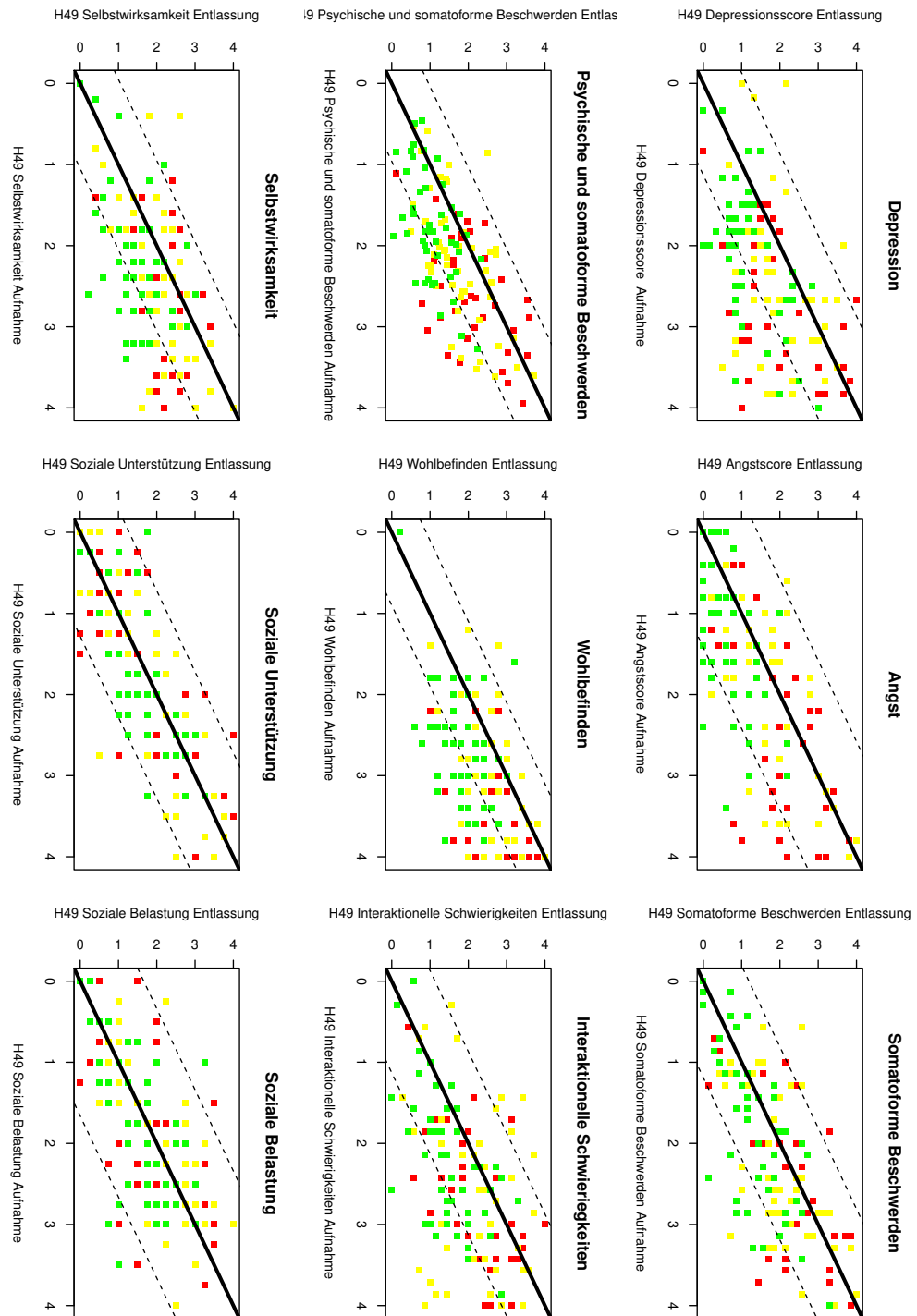


Abbildung 3.36: Die klinische Signifikanz der Verbesserungen im HEALTH-49. Die Werte der Klasse 1 sind rot, jene der Klasse 2 gelb und die der Klasse 3 grün.

1.2, $p = .27$), Alter ($F(1, 45) = 0.5$, $p = .51$) und Geschlecht ($F(1, 45) = 2.7$, $p = .11$). Die Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.2$ ($SD = 0.8$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.2$ ($SD = 0.7$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 1.3$. 23 der 49 PatientInnen in Klasse 3 (46.9%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen keine klinisch signifikanten Verschlechterungen.

Ein Überblick über die klinische Signifikanz der Veränderungen ist Abbildung 3.36 auf Seite 168) zu entnehmen. Eine Übersichtsdarstellung der Regressionskoeffizienten, der Standardfehler und der Signifikanz der gemischten linearen Modelle sowie der Effektstärken, der Varianzaufklärung und der klinischen Signifikanz der Ergebnisse findet sich in Tabelle 3.23 auf Seite 170.

Angst Die Voraussetzung der Normalität war für die Skala Phobische Angst in allen drei Klassen erfüllt ($W = .95$, $p = .10$; $W = .99$, $p = .83$; $W = .97$, $p = .34$). Varianzhomogenität war jedoch nur in den Klassen 2 und 3 gegeben ($F(1, 74) = 0.6$, $p = .44$; $F(1, 100) = 0.1$, $p = .79$; $F(1, 96) = 6.9$, $p = .01$). In Klasse 1 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 37) = 9.8$, $p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 35) = 0.1$, $p = .77$), Alter ($F(1, 36) = 0$, $p = .99$) und Geschlecht ($F(1, 34) = 3.2$, $p = .08$). Die Verbesserung des Angstscores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.4$ ($SD = 1.1$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.9$ ($SD = 1.1$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.6$. Fünf der 39 PatientInnen in Klasse 1 (12.8%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen keine klinisch

Klasse	Prädiktor	B	SE	t	F	p	d_z	R^2
1	Messzeitpunkt	-0.8	0.2	-5.3	27.1	.00	0.9	.80
	Aufenthaltsdauer	0	0	1.7	2.5	.12		
	Alter	0	0	-0.4	0.2	.69		
	Geschlecht	-0.1	0.3	-0.3	0.1	.77		
2	Messzeitpunkt	-0.7	0.2	-4.5	20.0	.00	0.6	.61
	Aufenthaltsdauer	0	0	-0.5	0.2	.67		
	Alter	0	0	-1.4	1.8	.19		
	Geschlecht	-0.1	0.3	-0.3	0.1	.79		
3	Messzeitpunkt	-1.0	0.1	-9.3	85.2	.00	1.3	.80
	Aufenthaltsdauer	0	0	-1.2	1.2	.27		
	Alter	0	0	-0.7	0.5	.51		
	Geschlecht	-0.4	0.3	-1.8	2.7	.11		

Tabelle 3.23: Vergleich der gemischten linearen Modelle des Depressionsscores des HEALTH-49 im Zeitverlauf. Die Freiheitsgradschätzung für den F -Test erfolgte nach der Kenward–Roger–Methode. B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, d_z = Effektstärkemaß für Prä–Post–Designs nach Lakens (2013). R^2 wurde nach der Methode von Edwards, Muller, Wolfinger, Qaqish und Schabenberger (2008) über die Korrelationskoeffizienten der prädizierten mit den beobachteten Werten bestimmt.

signifikanten Verschlechterungen.

In Klasse 2 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 50) = 8.9$, $p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 47) = 0.1$, $p = .76$), Alter ($F(1, 47) = 1.5$, $p = .23$) und Geschlecht ($F(1, 47) = 0$, $p = .85$). Die Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 1.8$ ($SD = 1.2$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.4$ ($SD = 1.1$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.4$. Vier der 51 PatientInnen in Klasse 2 (7.8%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber steht eine klinisch signifikante Verschlechterung (2.0%).

In Klasse 3 zeigte sich eine signifikante Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 1.3$ ($SD = 0.9$), Median 1.2) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 0.6$ ($SD = 0.6$), Median 0.6, $Z = -4.8$, $p = .00$). Sieben der 49 PatientInnen in Klasse 3 (14.3%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen keine klinisch signifikanten Verschlechterungen.

Ein Überblick über die klinische Signifikanz der Veränderungen ist Abbildung 3.36 auf Seite 168) zu entnehmen. Eine Übersichtsdarstellung der Regressionskoeffizienten, der Standardfehler und der Signifikanz der gemischten linearen Modelle sowie der Effektstärken, der Varianzaufklärung und der klinischen Signifikanz der Ergebnisse findet sich in Tabelle 3.24 auf Seite 172.

Somatoforme Beschwerden Die Voraussetzung der Normalität war für die Skala Somatoforme Beschwerden in den Klassen 1 und 2, nicht jedoch in Klasse 3 erfüllt ($W = .98$, $p = .96$; $W = .98$, $p = .66$; $W = .95$, $p = .04$).

Klasse	Prädiktor	B	SE	t	F	p	d_z	R^2
1	Messzeitpunkt	-0.5	0.2	-3.2	9.8	.00	0.6	.80
	Aufenthaltsdauer	0	0	-0.3	0.1	.77		
	Alter	0	0	0	0	.99		
	Geschlecht	-0.8	0.4	-1.9	3.2	.08		
2	Messzeitpunkt	-0.3	0.1	-3.0	9.9	.00	0.4	.87
	Aufenthaltsdauer	0	0	-0.3	0.1	.76		
	Alter	0	0	-1.3	1.5	.23		
	Geschlecht	0.1	0.5	0.2	0	.85		

Tabelle 3.24: Vergleich der gemischten linearen Modelle des Angstscores des HEALTH-49 im Zeitverlauf. Die Freiheitsgradschätzung für den F -Test erfolgte nach der Kenward-Roger-Methode. B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, d_z = Effektstärkemaß für Prä-Post-Designs nach Lakens (2013). R^2 wurde nach der Methode von Edwards, Muller, Wolfinger, Qaqish und Schabenberger (2008) über die Korrelationskoeffizienten der prädizierten mit den beobachteten Werten bestimmt.

Varianzhomogenität war in den Klassen 1 und 2 gegeben ($F(1, 74) = 0.1$, $p = .82$; $F(1, 100) = 0.3$, $p = .56$).

In Klasse 1 zeigten sich weder signifikante Effekte für den Messzeitpunkt ($F(1, 36) = 3.8$, $p = .06$), noch die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 35) = 1.0$, $p = .33$), Alter ($F(1, 35) = 3.8$, $p = .06$) und Geschlecht ($F(1, 35) = 0.2$, $p = .69$). Die Veränderung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.5$ ($SD = 0.9$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 2.3$ ($SD = 0.9$)) ist demnach als nicht signifikant anzusehen ($d_z = 0.3$). Fünf der 39 PatientInnen in Klasse 1 (12.8%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber steht eine klinisch signifikante Verschlechterung (2.6%). In Klasse 2 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 50) = 8.8$, $p = .01$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 47) = 1.9$, $p = .18$), Alter ($F(1, 47) = 0.3$, $p = .58$) und Geschlecht ($F(1, 47) = 0.4$, $p = .35$). Die Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.3$ ($SD = 0.9$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 2.0$ ($SD = 0.9$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.4$. Sechs der 51 PatientInnen in Klasse 2 (11.8%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen zwei klinisch signifikante Verschlechterungen (3.9%).

In Klasse 3 zeigte sich eine signifikante Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 1.9$ ($SD = 1.0$), Median 1.9) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.4$ ($SD = 0.8$), Median 1.1, $Z = -4.1$, $p = .00$). Acht der 49 PatientInnen in Klasse 3 (16.3%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen keine klinisch signifikanten Verschlechterungen.

Ein Überblick über die klinische Signifikanz der Veränderungen ist Abbildung 3.36 auf Seite 168) zu entnehmen. Eine Übersichtsdarstellung der Regressionskoeffizienten, der Standardfehler und der Signifikanz der gemischten linearen Modelle sowie der Effektstärken, der Varianzaufklärung und der klinischen Signifikanz der Ergebnisse findet sich in Tabelle 3.25 auf Seite 174.

Klasse	Prädiktor	B	SE	t	F	p	d_z	R^2
1	Messzeitpunkt	-0.3	0.1	-2.0	3.8	.06	0.3	.84
	Aufenthaltsdauer	0	0	1.1	1.0	.33		
	Alter	0	0	2.1	3.8	.06		
	Geschlecht	0.1	0.3	0.4	0.2	.69		
2	Messzeitpunkt	-0.3	0.1	-3.0	8.8	.01	0.4	.79
	Aufenthaltsdauer	0	0	-1.5	1.9	.18		
	Alter	0	0	-0.5	0.3	.58		
	Geschlecht	-0.2	0.3	-0.7	0.4	.53		

Tabelle 3.25: Vergleich der gemischten linearen Modelle der Skala Somatoforme Beschwerden des HEALTH-49 im Zeitverlauf. Die Freiheitsgradschätzung für den F -Test erfolgte nach der Kenward-Roger-Methode. B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, d_z = Effektstärkemaß für Prä-Post-Designs nach Lakens (2013). R^2 wurde nach der Methode von Edwards, Muller, Wolfinger, Qaqish und Schabenberger (2008) über die Korrelationskoeffizienten der prädizierten mit den beobachteten Werten bestimmt.

Psychische und somatoforme Beschwerden Die Voraussetzung der Normalität war für die Skala Psychische und somatoforme Beschwerden in allen drei Klassen erfüllt ($W = .98$, $p = .68$; $W = .97$, $p = .24$; $W = .97$,

$p = .21$). Varianzhomogenität war ebenfalls gegeben ($F(1, 74) = 1.8, p = .18$; $F(1, 100) = 0, p = .96$; $F(1, 96) = 1.6, p = .21$).

In Klasse 1 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 36) = 17.2, p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 35) = 1.0, p = .33$), Alter ($F(1, 35) = 0.4, p = .54$) und Geschlecht ($F(1, 35) = 0.5, p = .48$). Die Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.6$ ($SD = 0.7$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 2.1$ ($SD = 0.9$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.7$. Elf der 39 PatientInnen in Klasse 1 (28.2%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen keine klinisch signifikanten Verschlechterungen.

In Klasse 2 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 50) = 22.0, p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 47) = 0.7, p = .42$), Alter ($F(1, 47) = 1.7, p = .20$) und Geschlecht ($F(1, 47) = 0.1, p = .82$). Die Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.2$ ($SD = 0.8$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.8$ ($SD = 0.7$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.7$. Elf der PatientInnen in Klasse 2 (21.5%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber steht eine klinisch signifikante Verschlechterung (2.0%).

In Klasse 3 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 48) = 72.1, p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 45) = 2.6, p = .12$), Alter ($F(1, 45) = 1.1, p = .31$) und Geschlecht ($F(1, 45) = 2.5, p = .12$). Die Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 1.8$ ($SD = 0.7$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.1$ ($SD = 0.5$)) ist demnach als

signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 1.2$. 19 der 49 PatientInnen in Klasse 3 (38.8%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen keine klinisch signifikanten Verschlechterungen.

Ein Überblick über die klinische Signifikanz der Veränderungen ist Abbildung 3.36 auf Seite 168) zu entnehmen. Eine Übersichtsdarstellung der Regressionskoeffizienten, der Standardfehler und der Signifikanz der gemischten linearen Modelle sowie der Effektstärken, der Varianzaufklärung und der klinischen Signifikanz der Ergebnisse findet sich in Tabelle 3.26 auf Seite 177.

Psychisches Wohlbefinden Die Voraussetzung der Normalität war für die Skala Psychisches Wohlbefinden in allen drei Klassen erfüllt ($W = .97$, $p = .48$; $W = .99$, $p = .80$; $W = .97$, $p = .30$). Varianzhomogenität war ebenfalls gegeben ($F(1, 74) = 0.4$, $p = .55$; $F(1, 100) = 0.9$, $p = .35$; $F(1, 96) = 0$, $p = .85$).

In Klasse 1 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 37) = 36.2$, $p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 35) = 2.1$, $p = .15$), Alter ($F(1, 36) = 0.2$, $p = .64$) und Geschlecht ($F(1, 34) = 0.1$, $p = .79$). Die Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 3.3$ ($SD = 0.6$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 2.6$ ($SD = 0.7$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 1.0$. 14 der 39 PatientInnen in Klasse 1 (35.9%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen keine klinisch signifikanten Verschlechterungen.

In Klasse 2 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 50) =$

Klasse	Prädiktor	B	SE	t	F	p	d_z	R^2
1	Messzeitpunkt	-0.5	0.1	-4.2	17.2	.00	0.7	.81
	Aufenthaltsdauer	0	0	1.1	1.0	.33		
	Alter	0	0	0.7	0.4	.54		
	Geschlecht	-0.2	0.3	-0.8	0.5	.48		
2	Messzeitpunkt	-0.4	0.1	-4.7	22.0	.00	0.7	.81
	Aufenthaltsdauer	0	0	0.9	0.7	.42		
	Alter	0	0	-1.4	1.7	.20		
	Geschlecht	0	0.3	-0.2	0.1	.82		
3	Messzeitpunkt	-0.7	0.1	-8.6	72.1	.00	1.2	.78
	Aufenthaltsdauer	0	0	-1.7	2.6	.12		
	Alter	0	0	1.1	1.1	.31		
	Geschlecht	-0.3	0.2	-1.7	2.5	.12		

Tabelle 3.26: Vergleich der gemischten linearen Modelle der Skala Psychische und somatoforme Beschwerden des HEALTH-49 im Zeitverlauf. Die Freiheitsgradschätzung für den F -Test erfolgte nach der Kenward-Roger-Methode. B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, d_z = Effektstärkemaß für Prä-Post-Designs nach Lakens (2013). R^2 wurde nach der Methode von Edwards, Muller, Wolfinger, Qaqish und Schabenberger (2008) über die Korrelationskoeffizienten der prädizierten mit den beobachteten Werten bestimmt.

24.4, $p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 47) = 1.5$, $p = .23$), Alter ($F(1, 47) = 0.3$, $p = .59$) und Geschlecht ($F(1, 47) = 1.3$, $p = .26$). Die Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.9$ ($SD = 0.8$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 2.4$ ($SD = 0.7$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.7$. 16 der 51 PatientInnen in Klasse 2 (31.4%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber steht eine klinisch signifikante Verschlechterung (2.0%).

In Klasse 3 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 48) = 59.4$, $p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 45) = 0$, $p = .85$), Alter ($F(1, 45) = 0.6$, $p = .46$) und Geschlecht ($F(1, 45) = 2.4$, $p = .13$). Die Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.7$ ($SD = 0.7$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.9$ ($SD = 0.6$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 1.1$. 22 der 49 PatientInnen in Klasse 3 (44.9%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber steht eine klinisch signifikante Verschlechterung (2.0%).

Ein Überblick über die klinische Signifikanz der Veränderungen ist Abbildung 3.36 auf Seite 168) zu entnehmen. Eine Übersichtsdarstellung der Regressionskoeffizienten, der Standardfehler und der Signifikanz der gemischten linearen Modelle sowie der Effektstärken, der Varianzaufklärung und der klinischen Signifikanz der Ergebnisse findet sich in Tabelle 3.27 auf Seite 179.

Interaktionelle Schwierigkeiten Die Voraussetzung der Normalität war für die Skala Interaktionelle Schwierigkeiten in allen drei Klassen erfüllt

Klasse	Prädiktor	B	SE	t	F	p	d_z	R^2
1	Messzeitpunkt	-0.7	0.1	-6.1	36.2	.00	1.0	.73
	Aufenthaltsdauer	0	0	1.6	2.1	.15		
	Alter	0	0	0.5	0.2	.64		
	Geschlecht	0	0.2	-0.3	0.1	.79		
2	Messzeitpunkt	-0.5	0.1	-5.0	24.4	.00	0.7	.72
	Aufenthaltsdauer	0	0	-1.3	1.5	.23		
	Alter	0	0	0.6	0.3	.59		
	Geschlecht	-0.3	0.3	-1.2	1.3	.26		
3	Messzeitpunkt	-0.8	0.1	-7.8	59.4	.00	1.1	.72
	Aufenthaltsdauer	0	0	0.2	0	.85		
	Alter	0	0	0.8	0.6	.46		
	Geschlecht	-0.3	0.2	-1.7	2.4	.13		

Tabelle 3.27: Vergleich der gemischten linearen Modelle der HEALTH-49-Skala Psychisches Wohlbefinden im Zeitverlauf. Die Freiheitsgradschätzung für den F -Test erfolgte nach der Kenward-Roger-Methode. B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, d_z = Effektstärkemaß für Prä-Post-Designs nach Lakens (2013). R^2 wurde nach der Methode von Edwards, Muller, Wolfinger, Qaqish und Schabenberger (2008) über die Korrelationskoeffizienten der prädizierten mit den beobachteten Werten bestimmt.

($W = .98, p = .58$; $W = .97, p = .25$; $W = .98, p = .41$). Varianzhomogenität war ebenfalls gegeben ($F(1, 74) = 0.2, p = .70$; $F(1, 100) = 0.6, p = .43$; $F(1, 96) = 0.5, p = .48$).

In Klasse 1 zeigten sich signifikante Effekte für den Messzeitpunkt ($F(1, 37) = 11.9, p = .00$) und die Kovariate Aufenthaltsdauer ($F(1, 35) = 8.4, p = .01$), nicht jedoch für Alter ($F(1, 36) = 0.1, p = .82$) und Geschlecht ($F(1, 34) = 0.5, p = .49$). Interaktionelle Schwierigkeiten gingen mit einer längeren Aufenthaltsdauer einher ($B = 0.06, SE = 0.02$). Die Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.7 (SD = 0.9)$) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 2.2 (SD = 0.9)$) ist als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.9$. 10 der 39 PatientInnen in Klasse 1 (25.6%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung im Bereich interaktioneller Schwierigkeiten klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen zwei klinisch signifikante Verschlechterungen (5.1%).

In Klasse 2 zeigten sich signifikante Effekte für den Messzeitpunkt ($F(1, 50) = 6.2, p = .02$), das Alter ($F(1, 47) = 4.2, p = .05$) und das Geschlecht ($F(1, 47) = 6.3, p = .02$), nicht jedoch für die Aufenthaltsdauer ($F(1, 47) = 0.1, p = .46$). Interaktionelle Schwierigkeiten gingen mit geringerem Alter ($B = -0.02, SE = 0.01$) und männlichem Geschlecht ($B = -0.8, SE = 0.3$) einher. Die Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.6 (SD = 1.0)$) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 2.2 (SD = 0.9)$) ist als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.4$. 14 der 51 PatientInnen in Klasse 2 (27.5%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen sieben klinisch signifikante Verschlechterungen (13.7%).

In Klasse 3 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 48) = 48.0, p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 45) = 1.7, p = .20$), Alter ($F(1, 45) = 2.8, p = .10$) und Geschlecht ($F(1, 45) = 2.2, p = .14$). Die Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.2$ ($SD = 0.8$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.5$ ($SD = 0.8$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 1.0$. 16 der 49 PatientInnen in Klasse 3 (32.7%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen keine klinisch signifikanten Verschlechterungen.

Ein Überblick über die klinische Signifikanz der Veränderungen ist Abbildung 3.36 auf Seite 168) zu entnehmen. Eine Übersichtsdarstellung der Regressionskoeffizienten, der Standardfehler und der Signifikanz der gemischten linearen Modelle sowie der Effektstärken, der Varianzaufklärung und der klinischen Signifikanz der Ergebnisse findet sich in Tabelle 3.28 auf Seite 182.

Selbstwirksamkeit Die Voraussetzung der Normalität war für die Skala Selbstwirksamkeit nur in den Klassen 1 und 3 erfüllt ($W = .97, p = .33$; $W = .94, p = .01$; $W = .99, p = .83$). Varianzhomogenität war nicht in Klasse 1, jedoch in Klasse 3 gegeben ($F(1, 74) = 4.9, p = .03$; $F(1, 96) = .84, p = .96$).

In Klasse 1 zeigte sich eine signifikante Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.5$ ($SD = 0.9$), Median 2.6) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 2.1$ ($SD = 0.6$), Median 2.2, $Z = -2.9, p = .00$). 10 der 39 PatientInnen in Klasse 1 (25.6%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber steht eine klinisch signifikante Ver-

Klasse	Prädiktor	B	SE	t	F	p	d_z	R^2
1	Messzeitpunkt	-0.5	0.1	-3.5	11.9	.00	0.6	.75
	Aufenthaltsdauer	0.1	0	3.1	8.4	.01		
	Alter	0	0	-0.3	0.1	.82		
	Geschlecht	-0.2	0.3	-0.8	0.5	.49		
2	Messzeitpunkt	-0.4	0.2	-2.5	6.2	.02	0.4	.33
	Aufenthaltsdauer	0	0	-0.3	0.1	.76		
	Alter	-0.02	0.01	-2.2	4.2	.05		
	Geschlecht	-0.8	0.3	-2.7	6.3	.02		
3	Messzeitpunkt	-0.7	0.1	-7.0	48.0	.00	1.0	.79
	Aufenthaltsdauer	0	0	-1.4	1.7	.20		
	Alter	0	0	1.8	2.8	.10		
	Geschlecht	-0.4	0.3	-1.6	2.2	.14		

Tabelle 3.28: Vergleich der gemischten linearen Modelle der Skala Interaktionelle Schwierigkeiten des HEALTH-49 im Zeitverlauf. Die Freiheitsgradschätzung für den F -Test erfolgte nach der Kenward-Roger-Methode. B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, d_z = Effektstärkemaß für Prä-Post-Designs nach Lakens (2013). R^2 wurde nach der Methode von Edwards, Muller, Wolfinger, Qaqish und Schabenberger (2008) über die Korrelationskoeffizienten der prädizierten mit den beobachteten Werten bestimmt.

schlechterung (2.6%).

In Klasse 2 zeigte sich eine signifikante Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.5$ ($SD = 0.9$), Median 2.6) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 2.0$ ($SD = 0.8$), Median 2.0, $Z = -3.9$, $p = .00$). Fünf der 51 PatientInnen in Klasse 2 (9.8%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen zwei klinisch signifikante Verschlechterungen (3.9%).

In Klasse 3 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 48) = 41.8$, $p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 45) = 0.1$, $p = .74$), Alter ($F(1, 45) = 0.2$, $p = .63$) und Geschlecht ($F(1, 45) = 0.2$, $p = .66$). Die Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.2$ ($SD = 0.8$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.5$ ($SD = 0.7$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.9$. 15 der 49 PatientInnen in Klasse 3 (30.6%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber steht eine klinisch signifikante Verschlechterung (2.0%).

Ein Überblick über die klinische Signifikanz der Veränderungen ist Abbildung 3.36 auf Seite 168) zu entnehmen. Eine Übersichtsdarstellung der Regressionskoeffizienten, der Standardfehler und der Signifikanz der gemischten linearen Modelle sowie der Effektstärken, der Varianzaufklärung und der klinischen Signifikanz der Ergebnisse findet sich in Tabelle 3.29 auf Seite 184.

Soziale Belastung Die Voraussetzung der Normalität war für die Skala Soziale Belastung in den Klassen 1 und 2, nicht jedoch in Klasse 3 erfüllt ($W = .97$, $p = .45$; $W = .98$, $p = .56$; $W = .95$, $p = .02$). Varianzhomogenität

Klasse	Prädiktor	B	SE	t	F	p	d_z	R^2
3	Messzeitpunkt	-0.8	0.1	-6.5	41.8	.00	0.9	.69
	Aufenthaltsdauer	0	0	-0.4	0.1	.74		
	Alter	0	0	0.5	0.2	.63		
	Geschlecht	-0.1	0.2	-0.5	0.2	.66		

Tabelle 3.29: Vergleich der gemischten linearen Modelle der Skala Selbstwirksamkeit des HEALTH-49 im Zeitverlauf. Die Freiheitsgradschätzung für den F -Test erfolgte nach der Kenward-Roger-Methode. B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, d_z = Effektstärkemaß für Prä-Post-Designs nach Lakens (2013). R^2 wurde nach der Methode von Edwards, Muller, Wolfinger, Qaqish und Schabenberger (2008) über die Korrelationskoeffizienten der prädizierten mit den beobachteten Werten bestimmt.

war in den Klassen 1 und 2 gegeben ($F(1, 74) = 0$, $p = .84$; $F(1, 100) = 0.4$, $p = .52$).

In Klasse 1 zeigte sich kein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 37) = 0.9$, $p = .36$) und die Kovariaten Alter ($F(1, 36) = 0.1$, $p = .77$) und Geschlecht ($F(1, 34) = 0.5$, $p = .50$). Einzig für die Aufenthaltsdauer konnte ein signifikanter Effekt identifiziert werden ($F(1, 35) = 7.5$, $p = .01$). Erhöhte Werte für soziale Belastung gingen mit längeren Aufenthaltsdauern einher ($B = 0.07$, $SE = 0.02$). Die Verbesserung der sozialen Belastung von Messzeitpunkt 1 ($MW = 2.0$ ($SD = 1.0$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.8$ ($SD = 1.0$)) ist demnach als nicht signifikant anzusehen ($d_z = 0.2$). Vier der 39 der PatientInnen in Klasse 1 (10.3%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen ebenso viele

klinisch signifikante Verschlechterungen.

In Klasse 2 zeigten sich weder für den Messzeitpunkt ($F(1, 50) = 0.1, p = .77$) noch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 47) = 0.8, p = .39$), Alter ($F(1, 47) = 1.6, p = .21$) und Geschlecht ($F(1, 47) = 1.9, p = .18$) signifikante Effekte. Die geschilderte Belastung stagniert im Zeitverlauf bei einem mittleren Wert von 2.0 ($SD = 0.9$). Vier der 51 PatientInnen in Klasse 2 (7.8%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen drei klinisch signifikante Verschlechterungen (5.9%).

In Klasse 3 zeigte sich ebenfalls keine signifikante Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 1.8$ ($SD = 0.9$), Median 2) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.6$ ($SD = 0.8$), Median 1.8, $Z = -0.3, p = .79$). Vier der 49 PatientInnen in Klasse 3 (8.2%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber steht eine klinisch signifikante Verschlechterung (2.0%).

Ein Überblick über die klinische Signifikanz der Veränderungen ist Abbildung 3.36 auf Seite 168) zu entnehmen. Eine Übersichtsdarstellung der Regressionskoeffizienten, der Standardfehler und der Signifikanz der gemischten linearen Modelle sowie der Effektstärken, der Varianzaufklärung und der klinischen Signifikanz der Ergebnisse findet sich in Tabelle 3.30 auf Seite 186.

Soziale Unterstützung Die Voraussetzung der Normalität war für die Skala Soziale Unterstützung nur in Klasse 1 erfüllt ($W = .98, p = .70$; $W = .94, p = .01$; $W = .95, p = .04$). Varianzhomogenität war in Klasse 1 ebenfalls gegeben ($F(1, 74) = 0, p = .84$).

In Klasse 1 zeigte sich weder ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt

Klasse	Prädiktor	B	SE	t	F	p	d_z	R^2
1	Messzeitpunkt	-0.2	0.2	-1.0	0.9	.36	0.2	.75
	Aufenthaltsdauer	0.1	0	3.0	7.5	.01		
	Alter	0	0	-0.3	0.1	.77		
	Geschlecht	0.3	0.4	-0.8	0.5	.50		
2	Messzeitpunkt	0	0.1	0.3	0.1	.77	0	.84
	Aufenthaltsdauer	0	0	-0.9	0.8	.39		
	Alter	0	0	-1.4	1.6	.21		
	Geschlecht	0.5	0.4	1.5	1.9	.18		

Tabelle 3.30: Vergleich der gemischten linearen Modelle der HEALTH-49-Skala Soziale Belastung im Zeitverlauf. Die Freiheitsgradschätzung für den F -Test erfolgte nach der Kenward-Roger-Methode. B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, d_z = Effektstärkemaß für Prä-Post-Designs nach Lakens (2013). R^2 wurde nach der Methode von Edwards, Muller, Wolfinger, Qaqish und Schabenberger (2008) über die Korrelationskoeffizienten der prädizierten mit den beobachteten Werten bestimmt.

($F(1, 36) = 0, p = .84$) noch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 35) = 3.7, p = .06$), Alter ($F(1, 35) = 0.2, p = .70$) und Geschlecht ($F(1, 35) = 1.4, p = .25$). Die Veränderung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 1.9$ ($SD = 1.1$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.8$ ($SD = 1.2$)) ist demnach als nicht signifikant anzusehen ($d_z = 0.1$). Zwei der 39 PatientInnen in Klasse 1 (5.1%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber steht eine klinisch signifikante Verschlechterung (2.6%). In Klasse 2 zeigte sich ebenso wenig eine signifikante Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 1.9$ ($SD = 1.1$), Median 1.8) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.7$ ($SD = 1.0$), Median 1.6, $Z = -1.3, p = .21$). Zwei der 51 PatientInnen in Klasse 2 (3.9%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen keine klinisch signifikanten Verschlechterungen.

In Klasse 3 hingegen zeigte sich eine signifikante Verbesserung des Scores Soziale Unterstützung von Messzeitpunkt 1 ($MW = 1.9$ ($SD = 0.8$), Median 2) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 1.7$ ($SD = 0.8$), Median 1.5, $Z = -2.8, p = .01$). Eine/r der 49 PatientInnen in Klasse 3 (2.0%) konnte sich hinsichtlich seine/r Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber steht eine klinisch signifikante Verschlechterung.

Ein Überblick über die klinische Signifikanz der Veränderungen ist Abbildung 3.36 auf Seite 168) zu entnehmen. Eine Übersichtsdarstellung der Regressionskoeffizienten, der Standardfehler und der Signifikanz der gemischten linearen Modelle sowie der Effektstärken, der Varianzaufklärung und der klinischen Signifikanz der Ergebnisse findet sich in Tabelle 3.31 auf Seite 188.

Klasse	Prädiktor	B	SE	t	F	p	d_z	R^2
1	Messzeitpunkt	0	0.1	-0.2	0	.84	0.1	.91
	Aufenthaltsdauer	0.1	0	2.1	3.7	.06		
	Alter	0	0	-0.4	0.2	.70		
	Geschlecht	-0.6	0.4	-1.3	1.4	.25		

Tabelle 3.31: Vergleich der gemischten linearen Modelle der Skala Soziale Unterstützung des HEALTH-49 im Zeitverlauf. Die Freiheitsgradschätzung für den F -Test erfolgte nach der Kenward-Roger-Methode. B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, d_z = Effektstärkemaß für Prä-Post-Designs nach Lakens (2013). R^2 wurde nach der Methode von Edwards, Muller, Wolfinger, Qaqish und Schabenberger (2008) über die Korrelationskoeffizienten der prädizierten mit den beobachteten Werten bestimmt.

Dissociative Experiences Scale - Taxon

Die Voraussetzung der Normalität war für den DES-T nur in Klasse 2 erfüllt ($W = .93$, $p = .02$; $W = .97$, $p = .14$; $W = .96$, $p = .13$). Varianzhomogenität war in Klasse 2 ebenfalls gegeben ($F(1, 100) = 1.3$, $p = .26$).

In Klasse 1 zeigte sich keine signifikante Verbesserung des Dissoziationsscores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 25.3$ ($SD = 22.5$), Median 21.8) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 23.3$ ($SD = 19.0$), Median 22.5, $Z = -0.2$, $p = .86$). Sieben der 39 PatientInnen in Klasse 1 (18.0%) konnten sich hinsichtlich ihrer dissoziativen Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen zwei klinisch signifikante Verschlechterungen (5.2%).

In Klasse 2 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 50) = 5.1$, $p = .03$) und die Kovariate Alter ($F(1, 47) = 8.1$, $p = .01$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 47) = 0$, $p = .99$) und Geschlecht ($F(1, 47) = 0.2$, $p = .65$). Zunehmendes Alter ging mit niedrigeren Dissoziationsscores einher ($B = -0.6$, $SE = 0.2$). Die Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 19.0$ ($SD = 18.3$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 14.8$ ($SD = 16.2$)) ist als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.3$. Acht der 51 PatientInnen in Klasse 2 (15.7%) konnten sich hinsichtlich ihrer dissoziativen Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber steht eine klinisch signifikante Verschlechterung (2.0%).

In Klasse 3 zeigte sich eine signifikante Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 11.8$ ($SD = 12.4$), Median 7.8) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 6.6$ ($SD = 7.6$), Median 3.8, $Z = -3.6$, $p = .00$). Zwei der 49 PatientInnen in Klasse 3 (4.1%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung

klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen keine klinisch signifikanten Verschlechterungen.

Ein Überblick über die klinische Signifikanz der Veränderungen ist Abbildung 3.37 auf Seite 166) zu entnehmen. Eine Übersichtsdarstellung der Regressionskoeffizienten, der Standardfehler und der Signifikanz der gemischten linearen Modelle sowie der Effektstärken, der Varianzaufklärung und der klinischen Signifikanz der Ergebnisse findet sich in Tabelle 3.32 auf Seite 190.

Klasse	Prädiktor	B	SE	t	F	p	d_z	R^2
2	Messzeitpunkt	-4.3	1.9	-2.3	5.1	.03	0.3	.84
	Aufenthaltsdauer	0	0.2	0	0	.99		
	Alter	-0.6	0.2	-3.0	8.1	.01		
	Geschlecht	3.2	6.5	0.5	0.2	.65		

Tabelle 3.32: Vergleich der gemischten linearen Modelle des DES-T-Scores im Zeitverlauf. Die Freiheitsgradschätzung für den F -Test erfolgte nach der Kenward-Roger-Methode. B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, d_z = Effektstärkemaß für Prä-Post-Designs nach Lakens (2013). R^2 wurde nach der Methode von Edwards, Muller, Wolfinger, Qaqish und Schabenberger (2008) über die Korrelationskoeffizienten der prädizierten mit den beobachteten Werten bestimmt.

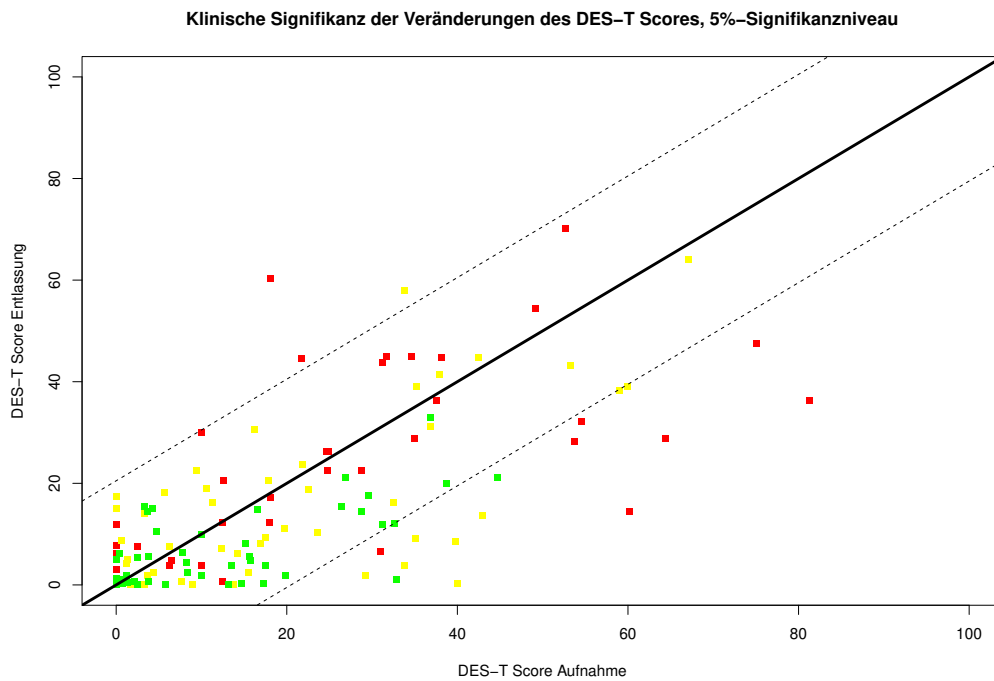


Abbildung 3.37: Die klinische Signifikanz der Verbesserungen im DES-T. Die Werte der Klasse 1 sind rot, jene der Klasse 2 gelb und die der Klasse 3 grün.

Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit

Die Voraussetzung der Normalität war für den Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit in den Klassen 1 und 2, nicht jedoch in Klasse 3 erfüllt ($W = .99$, $p = .97$; $W = .97$, $p = .24$; $W = .94$, $p = .02$). Varianzhomogenität war in den Klassen 1 und 2 ebenfalls gegeben ($F(1, 76) = 0.1$, $p = .81$; $F(1, 99) = 0.3$, $p = .61$).

In Klasse 1 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 38) = 14.0$, $p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 35) = 0.1$, $p = .73$), Alter ($F(1, 35) = 0.2$, $p = .64$) und Geschlecht ($F(1, 35) = 1.3$, $p = .26$). Die Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 61.2$ ($SD = 10.8$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 67.3$ ($SD = 11.0$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.6$. Zehn der 39 PatientInnen in Klasse 1 (25.6%) konnten sich hinsichtlich ihrer Achtsamkeit klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber steht keine klinisch signifikante Verschlechterung (2.6%).

In Klasse 2 zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Messzeitpunkt ($F(1, 49) = 14.6$, $p = .00$), nicht jedoch für die Kovariaten Aufenthaltsdauer ($F(1, 47) = 0.8$, $p = .39$), Alter ($F(1, 47) = 1.6$, $p = .21$) und Geschlecht ($F(1, 47) = 0.6$, $p = .46$). Die Verbesserung des Scores von Messzeitpunkt 1 ($MW = 65.7$ ($SD = 9.1$)) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 69.5$ ($SD = 9.8$)) ist demnach als signifikant anzusehen und entspricht einem Effekt der Größe $d_z = 0.5$. Fünf der 51 PatientInnen in Klasse 2 (9.8%) konnten sich hinsichtlich ihrer Belastung klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen zwei klinisch signifikante Verschlechterungen (2.9%).

In Klasse 3 zeigte sich eine signifikante Verbesserung des Scores von Mes-

szeitpunkt 1 ($MW = 69.3$ ($SD = 9.0$), Median 71.5) zu Messzeitpunkt 2 ($MW = 78.7$ ($SD = 9.7$), Median 79.5, $Z = -4.9$, $p = .00$). 16 der 49 PatientInnen in Klasse 3 (32.7%) konnten sich hinsichtlich ihrer Achtsamkeit klinisch signifikant verbessern. Dem gegenüber stehen keine klinisch signifikanten Verschlechterungen.

Ein Überblick über die klinische Signifikanz der Veränderungen ist Abbildung 3.38 auf Seite 195) zu entnehmen. Eine Übersichtsdarstellung der Regressionskoeffizienten, der Standardfehler und der Signifikanz der gemischten linearen Modelle sowie der Effektstärken, der Varianzaufklärung und der klinischen Signifikanz der Ergebnisse findet sich in Tabelle 3.33 auf Seite 194.

Klasse	Prädiktor	B	SE	t	F	p	d_z	R^2
1	Messzeitpunkt	6.1	1.6	3.8	14.0	.00	0.6	.80
	Aufenthaltsdauer	-0.1	0.3	-0.4	0.1	.73		
	Alter	-0.1	0.2	-0.5	0.2	.64		
	Geschlecht	5.2	4.2	1.3	1.3	.26		
2	Messzeitpunkt	3.9	1.0	3.9	14.6	.00	0.5	.87
	Aufenthaltsdauer	0.1	0.1	0.9	0.8	.39		
	Alter	0.2	0.1	1.3	1.6	.21		
	Geschlecht	3.0	3.8	0.8	0.6	.46		

Tabelle 3.33: Vergleich der gemischten linearen Modelle des FFA-Scores im Zeitverlauf. Die Freiheitsgradschätzung für den F -Test erfolgte nach der Kenward-Roger-Methode. B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, d_z = Effektstärkemaß für Prä-Post-Designs nach Lakens (2013). R^2 wurde nach der Methode von Edwards, Muller, Wolfinger, Qaqish und Schabenberger (2008) über die Korrelationskoeffizienten der prädizierten mit den beobachteten Werten bestimmt.

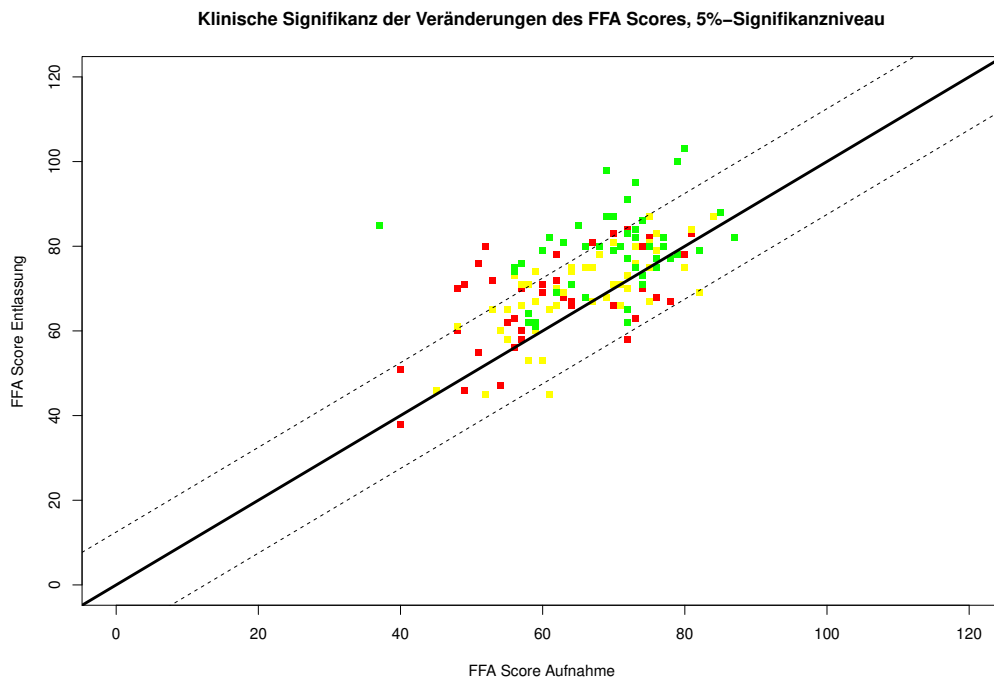


Abbildung 3.38: Klinische Signifikanz der Verbesserungen im FFA. Die Werte der Klasse 1 sind rot, jene der Klasse 2 gelb und die der Klasse 3 grün.

Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens

22 PatientInnen aus Klasse 1 (56.4%) schilderten bei Entlassung hinsichtlich ihres Erlebens und Verhaltens eine signifikante Verbesserung. Vier PatientInnen (10.3%) erlebten eine signifikante Verschlechterung. Der Mittelwert des VEV-K lag bei 122 ($SD = 23.0$).

36 PatientInnen aus Klasse 2 (70.6%) schilderten bei Entlassung hinsichtlich ihres Erlebens und Verhaltens eine signifikante Verbesserung. Vier PatientInnen (7.8%) erlebten eine signifikante Verschlechterung. Der Mittelwert des VEV-K lag bei 123 ($SD = 26.0$).

42 PatientInnen aus Klasse 3 (85.7%) schilderten bei Entlassung hinsichtlich ihres Erlebens und Verhaltens eine signifikante Verbesserung. Eine Patientin (2.0%) erlebte eine signifikante Verschlechterung. Der Mittelwert des VEV-K lag bei 135 ($SD = 22.0$). Eine graphische Auswertung kann Abbildung 3.39 auf Seite 197 entnommen werden.

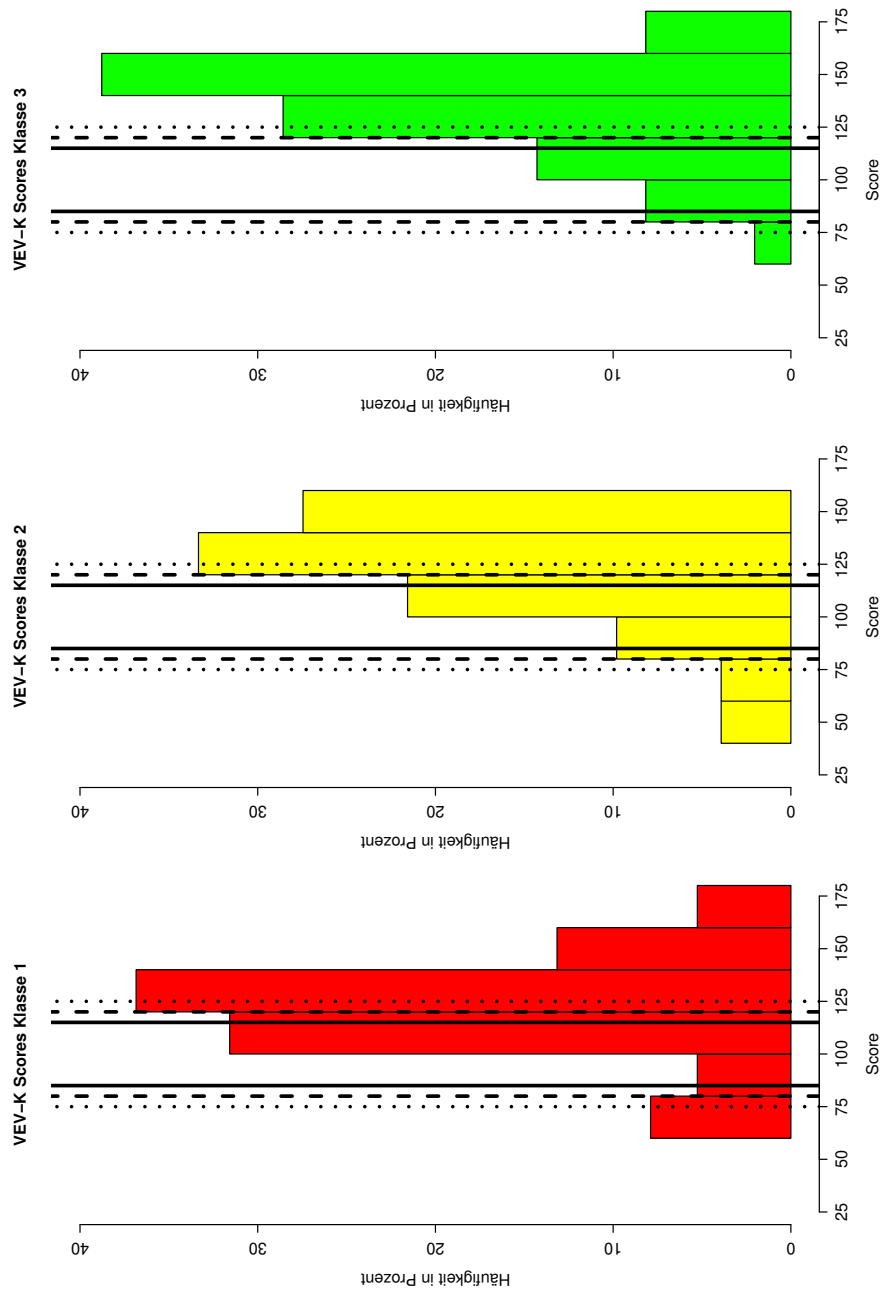


Abbildung 3.39: Histogramme der VEV-K Scores in den Klassen. Werte zwischen den durchgezogenen schwarzen Linien entsprechen keiner signifikanten Veränderung des Erlebens und Verhaltens. Werte jenseits der durchgezogenen Linien entsprechen einer Veränderung mit 5% Irrtumswahrscheinlichkeit, Werte jenseits der gestrichelten Linien einer Veränderung mit 1% Irrtumswahrscheinlichkeit und Werte jenseits der gepunkteten Linien einer Veränderung mit 0.1% Irrtumswahrscheinlichkeit.

Kapitel 4

Diskussion

Es konnte gezeigt werden, dass das beschriebene Behandlungsprogramm geeignet ist, die multiplen psychopathologischen Belastungen von PatientInnen mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung in statistisch und klinisch signifikanter Weise zu reduzieren. Darüber hinaus konnten anhand des Verlaufes der PTBS-Symptomatik distinkte Klassen von PatientInnen identifiziert werden, die sich auch hinsichtlich weiterer psychopathologischer und nicht-klinischer Parameter signifikant von einander unterscheiden. Mit interaktionellen Schwierigkeiten, Achtsamkeit, Dissoziation und der Schwere der sexuellen Traumatisierung in der Kindheit konnten vier Prädiktoren identifiziert werden, die die Wahrscheinlichkeiten eines günstigen bzw. ungünstigen Verlaufes der Therapie maßgeblich beeinflussen. Gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass sich auch in der Klasse der am schwersten belasteten PatientInnen die Belastung durch interaktionelle Schwierigkeiten und mangelnde Achtsamkeit im Ausmaß mittlerer bis hoher Effekte reduzieren lässt. Hinsichtlich Dissoziation konnte für die am schwersten belastete Klasse keine

statistisch signifikante Verbesserung nachgewiesen werden. Dieser negative Befund relativiert sich etwas durch den Umstand, dass knapp 50% der besonders belasteten PatientInnen mit DES-T-Scores über 25% das Ausmaß ihrer dissoziativen Belastung in klinisch signifikantem Umfang reduzieren konnten. Im Folgenden sollen die Ergebnisse dieser Untersuchung in Bezug auf Stichprobenmerkmale, Wirksamkeit, differentielle Verläufe und Verlaufsprädiktion in Beziehung zum derzeitigen Forschungsstand gestetzt werden und aus klinischer und wissenschaftlicher Perspektive diskutiert werden.

4.1 Wie komplex muss die Therapie der komplexen PTBS sein?

4.1.1 Heterogenität und Belastung komplex traumatisierter PatientInnen

Die im Rahmen dieser Arbeit untersuchte Stichprobe ist durch eine extrem hohe Belastung durch Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung gekennzeichnet. So zeigen sich außergewöhnlich hohe Belastungen durch Intrusionen, Vermeidung und Hyperarousal. Der mittlere Gesamtscore der Impact-of-Event Skala (IES-R) spiegelt mit dem Wert 84.1 ($SD = 11.9$) eine Belastung wider, die etwa ein bis drei Standardabweichungen über den Mittelwerten üblicherweise in der Literatur beschriebener Stichproben mit posttraumatischer Belastungsstörung (z.B. Ehring & Quack, 2010; Rash, Coffey, Baschnagel, Drobos & Saladin, 2008; Olff, Vries, Güzelcan, Assies & Gersons, 2007; Rothbaum et al., 2005; Paunovic & Öst, 2001; Maercker & Schützwohl,

1997) liegt.

Die mittlere Belastung durch pathologische Dissoziation der Stichprobe entspricht mit einem Wert von 18.4 ($SD = 18.5$) Werten, wie sie in der Literatur für Opfer sexuellen Missbrauchs in der Kindheit ($MW = 14.7$ ($SD = 11.6$)), PatientInnen mit paranoider Schizophrenie ($MW = 17.8$ ($SD = 18.0$)) oder PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ($MW = 21.1$ ($SD = 16.7$)) beschrieben werden (Giesbrecht, Merckelbach & Geraerts, 2007). Die Belastungen durch phobische, somatoforme und depressive Symptome liegen jeweils etwa eine Standardabweichung höher als für eine deutsche Vergleichsstichprobe stationärer PsychotherapiepatientInnen beschrieben (Rabung et al., 2009).

Die Stichprobe ist darüber hinaus durch ein extremes Ausmaß kindlicher Traumatisierung gekennzeichnet. Die durchschnittlichen Werte der CTQ-Subskalen liegen in Bereichen, wie sie international für komplex traumatisierte PatientInnen mit schweren dissoziativen Störungen (Dorahy et al., 2015), PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbider dissoziativer Störung (Sar, Akyuz, Kugu, Ozturk & Ertem-Vehid, 2006) oder PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbiden psychotischen Störungen (Kingdon et al., 2010) berichtet werden. Auffällig erscheint darüber hinaus, dass fast alle PatientInnen der Stichprobe mehrere Formen der Traumatisierung in der Kindheit¹ erlebt haben. Dieser Umstand verweist in Einklang mit der bestehenden Literatur auf die Bedeutung einer gleichzei-

¹Im Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) werden mit sexuellem Missbrauch, körperlichem Missbrauch, emotionalem Missbrauch, emotionaler Vernachlässigung und körperlicher Vernachlässigung fünf Formen von Kindheitstraumatisierungen unterschieden. Ein Großteil der PatientInnen weist Belastungen aus allen Bereichen auf.

tigen Berücksichtigung unterschiedlicher Formen der Traumatisierung in der Kindheit.

All diese Befunde verweisen auf die Tatsache, dass es ein breites Spektrum unterschiedlicher Formen und Schweregrade posttraumatischer Belastungsstörungen gibt, deren weitere Erforschung dringend angezeigt ist. Insbesondere sollte weiterhin kritisch geprüft werden, inwieweit therapeutische Konzepte, die für die Therapie der PTBS nach Monotraumata entwickelt wurden, ungeprüft für schwerere und komplexere Formen der PTBS übernommen werden können oder ob nicht doch eher Adaptionen und Weiterentwicklungen bestehender Therapieprogramme nötig sind (Cloitre, 2015).

Die Frage, ob es eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung in Abgrenzung zur posttraumatischen Belastungsstörung gibt, oder ob es sich um eine besonders schwere PTBS, einen dissoziativen Subtyp oder um ein Epiphänomen einer komorbiden Borderline-Persönlichkeitsstörung handelt, wird vermutlich auf unbestimmte Zeit umstritten und ungelöst bleiben (Knefel et al., 2015; Harned & Korslund, 2015; Resick et al., 2012; Cloitre et al., 2011). Im Rahmen der Einführung des ICD-11 ist jedoch mit der Schaffung der Diagnose einer komplexen PTBS zu rechnen, was weitere Untersuchungen nach sich ziehen dürfte (Maercker et al., 2013).

Nur sehr wenige Studien berichten Prävalenzen komorbider Störungen in Stichproben mit komplexen Traumafolgestörungen. Ausnahmen stellen die Borderline-Persönlichkeitsstörung und mit Einschränkungen Suchterkrankungen sowie somatoforme Störungen dar, deren Verhältnis zur komplexen PTBS relativ gut beforscht ist (z.B. Cloitre et al., 2014; Ford & Courtois, 2014; van Dijke et al., 2012; Pagura et al., 2010; Zlotnick et al., 2003; Driessen

et al., 2002; Najavits et al., 1997). Insbesondere auf die hohen Prävalenzen der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Stichproben von PatientInnen mit komplexer PTBS et vice versa wurde vielfach hingewiesen (z.B. Ford & Courtois, 2014; Sack et al., 2013). Die ausgeprägte Komorbidität komplexer Traumafolgestörungen mit somatoformen Störungen (van Dijke et al., 2012; Sack et al., 2010) ließ sich in der vorliegenden Stichprobe bestätigen. Der relativ geringe Anteil von Suchterkrankungen dürfte sich durch Selektionseffekte bei der Indikationsprüfung erklären.

Mit der methodischen Einschränkung einer selektierten Stichprobe erlaubt die vorliegende Untersuchung eine vorsichtige Hypothesenbildung, welche Rolle weitere komorbide psychische Störungen in naturalistischen Stichproben komplex traumatisierter PatientInnen spielen könnten und welche Störungsbilder zukünftig in ihrem Verhältnis zur komplexen PTBS näher untersucht werden sollten. So zeigen sich in der vorliegenden Stichprobe neben hohen Prävalenzen für affektive Störungen auch Anhalt für psychotische Komorbiditäten, eine bedeutsame Rolle komorbider Essstörungen sowie ein hoher Anteil komorbider dissoziativer Störungen.

Als bedeutsamste Komorbidität in der vorliegenden Stichprobe erweisen sich Persönlichkeitsstörungen, wobei die mit 14.4% auffallend geringe Prävalenz von Borderline-Persönlichkeitsstörungen ins Auge fällt. In der Literatur werden für Populationen von PTBS-PatientInnen Prävalenzen der Borderline-Persönlichkeitsstörung von 22% bis 76% beschrieben (z.B. Scheiderer et al., 2015; Frías & Palma, 2015; Pagura et al., 2010). Eine mögliche Ursache für die geringe Anzahl von PatientInnen mit komorbider Borderline-Persönlichkeitsstörung in der untersuchten Stichprobe könnten die Altersstruktur der unter-

suchten Stichprobe sowie der natürliche Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung sein. In der psychiatrischen und biographischen Anamnese vieler PatientInnen fand sich häufig die Vordiagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, ohne dass die Kriterien nach ICD-10 aktuell erfüllt gewesen wären. Zwar ist die unter Klinikern verbreitete Ansicht, dass die schwersten Verhaltensstörungen von Borderline-Patient mit dem Alter von selbst abnehmen, empirisch nicht belegt (Stepp & Pilkonis, 2008), man weiß heute aber aus Longitudinaluntersuchungen, dass die Stabilität der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Zeitverlauf geringer ist als früher oft angenommen (Zanarini et al., 2006). Es ist daher anzunehmen, dass der relativ geringe Anteil von Borderline-Störungen auch mit dem hohen Durchschnittsalter der Stichprobe zusammenhängt. Zu dem Zusammenhang komplexer Traumafolgestörungen mit anderen umschriebenen Persönlichkeitsstörungen finden sich in der Literatur kaum belastbare Daten. In der vorliegenden Untersuchung erscheint auffällig, dass mit 12.9% ein erheblicher Anteil der PatientInnen eine kombinierte Persönlichkeitsstörung aufweist. Da es sich dabei um eine Restkategorie handelt, liegen keine Vergleichswerte in der Literatur vor. Auf den Zusammenhang der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung, die bei einem Zehntel der untersuchten PatientInnen vorliegt, wurde in der Literatur hingegen verschiedentlich hingewiesen (z.B. Gratz & Tull, 2012), ohne dass es belastbare Daten zur Komorbidität komplexer Traumafolgestörungen mit dieser Persönlichkeitsstörung in der Allgemeinbevölkerung gäbe. Abschließend lässt sich feststellen, dass angesichts der hohen Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der untersuchten Patientengruppe einerseits, und der großen Vielfalt unterschiedlicher Persönlichkeitsstörungen andererseits, ein Behandlungsfokus auf Symptome der emotio-

nal instabilen Persönlichkeitsstörung alleine einem Großteil der PatientInnen nicht gerecht würde. Im Gegenteil erfordert die hohe Prävalenz unterschiedlicher Persönlichkeitsstörungen gezielte und individuelle Strategien in der therapeutischen Beziehungsgestaltung sowie der Behandlungsplanung. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit verweisen damit auch auf die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen zum Verhältnis der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung zu allen umschriebenen Persönlichkeitsstörungen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es sich um eine außergewöhnlich schwer traumatisierte und psychopathologisch belastete Stichprobe mit zahlreichen komorbiden psychischen Störungen handelt. Auffällig erscheinen auch die dramatischen Auswirkungen auf die Lebensumstände der Betroffenen, die sich in einer geringen Zahl langfristiger Partnerschaften, einem hohen Anteil an Kinderlosigkeit, geringen Funktionsniveaus, wiederholten ambulanten und stationären Vorbehandlungen, Suizidversuchen und polypharmazeutischer Medikation widerspiegeln.

4.1.2 Psychotherapie der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung: störungsspezifisch oder transdiagnostisch?

Es muss konstatiert werden, dass trotz zahlreicher Studien in jüngerer Vergangenheit weiterhin keine etablierte, ausreichend evidenzbasierte Leitlinie für die Behandlung derart schwer belasteter Populationen wie der hier beschriebenen vorliegt. Eine Ursache dafür liegt vermutlich auch in der Schwie-

rigkeit begründet, innerhalb der die letzten Jahrzehnte prägenden Tradition störungsspezifischer Psychotherapie wirksame Behandlungsstrategien für diese Patientengruppe zu entwickeln. Kein störungsspezifisches Manual kann der möglichen Kombination von komorbiden psychischen Störungen, wie sie für diese Stichprobe berichtet wurden, in allen Facetten gerecht werden.

Der größte Teil der untersuchten Stichprobe weist mehrere psychische Störungen aus allen Bereichen von Suchterkrankungen bis hin zu Persönlichkeitsstörungen auf. Störungsspezifische Therapiemanuale sind jedoch meist nur für PatientInnen mit einer oder maximal zwei psychischen Störungen ausreichend auf ihre Wirksamkeit hin untersucht. Jedes Therapieprogramm für PatientInnen mit komplexen Traumafolgestörungen muss daher Auskunft erteilen, wie die Therapie angesichts unterschiedlicher klinischer Probleme gestaltet und strukturiert werden soll. Zwar hat sich in der Behandlung komplexer klinischer Probleme ein hierarchisiertes Vorgehen in Therapiephasen als sinnvoll erwiesen (Linehan, 1993), die Frage, wie und welche störungsspezifischen Interventionen in ein derartiges Vorgehen integriert werden sollen, ist jedoch noch nicht ausreichend beantwortet. Auch erscheint die gleichzeitige oder sequentielle Durchführung mehrerer störungsspezifischer Therapieprogramme wenig sinnvoll und meist auch kaum praktikabel.

Angesichts dieser Schwierigkeiten, die immer wieder auch als Erklärungsmodell für eine schlechtere Wirksamkeit traumatherapeutischer Therapieprogramme in der alltäglichen Routineversorgung diskutiert werden (Corrigan & Hull, 2015), wurden in der jüngeren Vergangenheit zunehmend Stimmen laut, die für komplexe klinische Probleme eine Integration störungsspezifischer Interventionen mit einem transdiagnostischen Vorgehen empfehlen (Norton &

Paulus, in press; Dudley, Kuyken & Padesky, 2011). Das transdiagnostische Modell der Psychotherapie fokussiert auf Domänen, die für die Aufrechterhaltung unterschiedlicher psychischer Störungen bedeutsam erscheinen (Mansell, Harvey, Watkins & Shafran, 2008). Diese Domänen umfassen beispielsweise die Selbstwertregulation, das soziale Interaktionsverhalten, die Stressregulation, die Ambiguitätstoleranz und die Emotionsregulation (Einstein, 2014; Dudley et al., 2011; Barlow, Allen & Choate, 2004; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

In der vorliegenden Untersuchung wurden Achtsamkeit, interaktionelle Schwierigkeiten, das Ausmaß sexuellen Missbrauchs in der Kindheit sowie Dissoziation als Prädiktoren des Therapieverlaufs identifiziert. Achtsamkeit und interaktionelle Schwierigkeiten dürfen als störungsübergreifend bedeutsame Konstrukte angesehen werden und auch sexueller Missbrauch in der Kindheit dürfte mit einer Vielzahl von störungsübergreifend bedeutsamen Pathomechanismen und Symptomen in Zusammenhang stehen. Auch das Ausmaß pathologischer Dissoziation spiegelt eine Vielzahl unterschiedlicher klinischer Phänomene von dissoziativen Krampfanfällen bis hin zu akustischen Pseudohalluzinationen wider, die über die Anwendung wirksamer manualisierter Interventionen wie Antidissoziationsübungen alleine im Einzelfall oftmals nicht ausreichend wirksam behandelt werden können (Corrigan & Hull, 2015). Zuletzt wurde daher an unterschiedlicher Stelle gefordert, ein transdiagnostisches Verständnis von Dissoziation zu entwickeln (z.B. Brand & Lanius, 2014; Schimmenti & Caretti, 2014).

Die Befunde dieser Untersuchung können daher als mögliche Evidenz für die Bedeutung einer Kombination von störungsspezifischen Interventionen mit

einem transdiagnostischen Vorgehen gewertet werden. Das therapeutische Konzept der Psychotraumatologie–Station der Klinik St. Irmingard bietet auf Grundlage neurobiologischen Wissens und psychodynamischen Verstehens mit seiner modularen Integration von traumakonfrontativen, fertigkeiten– sowie ressourcenorientierten Interventionen eine mögliche Operationalisierung eines derartigen Vorgehens. Bedeutsam erscheint dabei auch, dass ein derartiges Vorgehen über eine reine Reduktion von Symptomen hinaus den Therapiezielen der PatientInnen wie dem Wunsch nach Stabilisierung des Selbstwerterlebens, dem Wunsch nach besserem interpersonellen Funktionieren oder dem Ziel einer verbesserten Wahrnehmung von primären Gefühlen und Bedürfnissen oftmals besonders gut entspricht.

4.2 Wirksamkeit des Therapieprogrammes

4.2.1 Primäres und sekundäre Outcome–Maße

Es kann festgehalten werden, dass sich –wie im Rahmen des Überblicks zu Beginn der Diskussion geschildert– statistisch und klinisch signifikante Effekte hinsichtlich der PTBS–Symptomatik sowie in den Bereichen depressiver, somatoformer, dissoziativer, ängstlicher und zwanghafter Symptomatik zeigen lassen. Auch hinsichtlich Achtsamkeit, Wohlbefinden und interaktionellen Schwierigkeiten können signifikante Verbesserungen nachgewiesen werden. Der Umstand, dass auch Symptombereiche günstig beeinflusst werden können, die durch das Behandlungsprogramm nicht explizit angesprochen werden (z.B. Zwangssymptome), spricht für die Bedeutung transdiagnosti-

scher Wirkmechanismen und steht in Einklang mit Ergebnissen von van Minnen, Zoellner, Harned und Mills (2015), die für Prolongierte Exposition, eine Form traumakonfrontativer kognitiv-behavioraler Therapie, ebenfalls eine Verbesserung komorbid vorliegender Symptombelastungen nachweisen konnten. Das Verhältnis der Beziehung von Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung zu anderen Symptomen bedarf dennoch weiterer Beforschung, um Therapieprozesse noch besser auf die Bedürfnisse der Betroffenen abstimmen zu können.

Von den untersuchten Störungsbereichen ließ sich einzig für den Bereich der Essstörungen keine signifikante Wirksamkeit des untersuchten Behandlungsprogrammes nachweisen. Das ist insofern erstaunlich, als dass das Behandlungskonzept mit Tagebuchkarten, Verhaltensanalysen und Achtsamkeitstrainings eine Vielzahl von Bausteinen aus der dialektisch-behavioralen Therapie, die sich als sehr nützlich in der Therapie von bulimischen Essstörungen erwiesen hat (z.B. Safer, Telch & Chen, 2009; Wisniewski, Safer & Chen, 2007), integriert. Die Gründe für die unzureichende Wirksamkeit in Bezug auf Essstörungssymptome müssen allerdings nicht darin liegen, dass das beschriebene Therapieprogramm grundsätzlich nicht für Menschen mit Essstörungen geeignet wäre. Eine alternative Möglichkeit wäre in fehlenden Eigenschaften des Settings zu suchen. So kann derzeit beispielsweise keine Essbegleitung, wie sie in den meisten auf Essstörungen spezialisierten Einrichtungen angeboten wird, geleistet werden. Des weiteren wurde die Essstörungssymptomatik nicht durch ein etabliertes störungsspezifisches Instrument erfasst und Testeigenschaften der Essstörungsskala des ISR, das nur drei essstörungsspezifische Items umfasst und insbesondere atypische Essstörungen ungenügend erfasst,

könnten mitverantwortlich für den negativen Befund sein. Es wird dringend weitere Forschung zum Verhältnis unterschiedlicher Essstörungen zur komplexen PTBS benötigt.

Vergleicht man die vorliegenden Ergebnisse mit denen ähnlicher Untersuchungen, so fällt auf, dass die berichteten Abbruchraten weit unter jenen liegen, die in randomisiert-kontrollierten Studien berichtet werden. So lag die Abbruchrate in der vorliegenden Untersuchung bei 4.8%, in einer naturalistischen Untersuchung von Sachsse et al. (2006) bei 4.0% und in einer ebenfalls naturalistischen Untersuchung von Lampe et al. (2008) bei 12.5%. Die oftmals extrem hohen berichteten Raten von Therapieabbrüchen bei PatientInnen mit (komplexer) PTBS könnten daher mehr auf konzeptionellen Schwierigkeiten der in randomisiert-kontrollierten Studien angebotenen Therapieformen oder auf den spezifischen Behandlungsbedingungen in randomisiert-kontrollierten Studien denn auf einer im Vergleich zu PatientInnen mit anderen psychischen Störungen grundsätzlich geringeren Motivation oder schlechteren Behandelbarkeit von PatientInnen mit (komplexer) PTBS beruhen.

Sorgfältige Stichprobenselektion und ein Fokus auf Completer-Analysen erlauben in randomisiert-kontrollierten Studien mitunter extrem hohe Effekte für ein Therapieprogramm nachzuweisen. Derartige Ergebnisse sind jedoch wenig aussagekräftig für eine PatientInnenpopulation, die sich signifikant von jenen in randomisiert-kontrollierten Studien unterscheidet. Im Rahmen der vorliegenden sowie der zitierten naturalistischen Untersuchungen von Jepsen et al. (2014), Lampe et al. (2008) und Sachsse et al. (2006) kann jedoch gezeigt werden, dass es möglich ist, unter klinischen Routine-

bedingungen empirisch fundierte Therapieprogramme anzubieten, die auch von den am schwersten belasteten PatientInnen toleriert werden und wirksam hinsichtlich der wichtigsten Symptombereiche sind. Die oftmals sehr hohen Effektstärken randomisiert–kontrollierter Untersuchungen können dabei nicht –beziehungsweise nur hinsichtlich vergleichsweise gering belasteter Subgruppen– erzielt werden.

Das hier vorgestellte Therapieprogramm integriert mit der Anleitung von Imaginationsübungen und dem Aufbau von Ressourcen Aspekte, wie sie die psychodynamisch–integrative Therapie (PITT) (Reddemann, 2004) prägen. Gleichzeitig ist es durch das Bemühen gekennzeichnet, so früh wie möglich konfrontierende Elemente in die Behandlung zu integrieren und eine Auseinandersetzung mit vermiedenen Gefühlen, Gedanken, Körperwahrnehmungen und traumatischen Erinnerungen anzuregen. Dass im Rahmen dieses Vorgehens statistisch und klinisch signifikante Verbesserungen hinsichtlich der Belastung durch PTBS–Symptome und Dissoziation nachgewiesen werden können, während sich diese Problembereiche durch PITT nicht oder nur in geringem Maße verbessern (Priebe et al., 2012; Lampe et al., 2008), könnte auf die hohe Bedeutung einer aktiven Bearbeitung von Vermeidungsstrategien und traumatischen Erinnerungen verweisen, wie sie im Rahmen randomisiert–kontrollierter Studien vielfach belegt wurde. Die Durchführung traumakonfrontativer Interventionen in der stationären Routineversorgung sollte weiter ausgebaut und evaluiert werden.

Jepsen et al. (2014) untersuchten die Wirksamkeit eines stationären Therapieprogrammes für in der Kindheit sexuell traumatisierte PatientInnen. Wie auch in dieser Untersuchung konnten sie signifikante Verbesserungen hinsicht-

lich PTBS-Symptomen, depressiven Symptomen, dissoziativen Symptomen und interaktionellen Schwierigkeiten nachweisen. Gleichzeitig konnten sie mit PatientInnen mit komplexen dissoziativen Störungen ebenfalls eine besonders schwer belastete Gruppe identifizieren, die hinsichtlich Depression, Dissoziation und interaktionellen Schwierigkeiten nur in äußerst geringem Ausmaß profitierte (Effektstärken von 0.1–0.2). Die Autoren konnten jedoch im Rahmen einer 12-Monats-Katamnese zeigen, dass sich diese Resultate für die Klasse der am schwersten belasteten PatientInnen noch deutlich verbesserten und schließlich geringen bis mittleren Effekten entsprachen. Die Verbesserung der PTBS-Symptomatik entsprach einem mittleren Effekt.

In Zusammenschau mit den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung erscheint es auffällig, wie schwierig es zu sein scheint, der dissoziativen Symptomatik der am schwersten durch Dissoziation belasteten Gruppe von PatientInnen zeitnah wirksam zu begegnen, während dies in „leichteren“ Fällen durchaus in befriedigendem Maße gelingt. Aufgrund fehlender katamnestischer Daten für die vorliegende Untersuchung bleibt abzuwarten, ob sich ähnlich wie bei Jepsen et al. (2014) für die durch Dissoziation am schwersten belasteten PatientInnen langfristig weitere positive Entwicklungen hinsichtlich der dissoziativen Symptomatik zeigen.

4.2.2 Die Patientenperspektive in der Bewertung der Wirksamkeit

Eine klinisch signifikante Reduktion von Symptomen alleine ist nicht notwendigerweise deckungsgleich mit einem aus PatientInnenperspektive zufrieden-

stellenden Therapieergebnis. Moderne Therapieforschung sollte daher stärker auf für PatientInnen bedeutsame Konstrukte wie die Lebensqualität fokussieren (Cloitre, 2015; Calvert et al., 2013). Fragen der Lebensqualität wiederum stehen in engem Zusammenhang mit Einschränkungen im allgemeinen Funktionsniveau sowie ausgeprägten (psycho-)sozialen Problemen (Arbeitslosigkeit, Mangel an sozialen Kontakten, Partnerschaftsprobleme, Einsamkeit, Rechtsstreits, wiederholte unspezifische Krankenhausbehandlungen ohne langfristige Wirkung, etc.), wie sie in der vorliegenden Stichprobe in hohem Ausmaß geschildert werden.

In der vorliegenden Untersuchung konnte selbst für die Klasse der am schwersten belasteten PatientInnen im HEALTH-49 eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens im Ausmaß eines großen Effektes beobachtet werden. Für 36.8% der PatientInnen entsprach diese Verbesserung einem klinisch signifikanten Effekt. Im VEV-K beschrieben 57.9% der besonders belasteten PatientInnen signifikante Verbesserungen im Erleben und Verhalten. So wird deutlich, dass im Therapieverlauf nicht nur wirksam Symptome reduziert werden konnten, sondern das Therapieprogramm auch geeignet ist, die Lebensqualität der am schwersten sexuell traumatisierten und am schwersten psychopathologisch belasteten PatientInnen in statistisch signifikantem und klinisch bedeutsamem Ausmaß zu verbessern. Bezogen auf die Gesamtstichprobe konnten 38.0% ihr psychisches Wohlbefinden klinisch signifikant verbessern. Signifikante Verbesserungen im Erleben und Verhalten im Sinne einer Zunahme von Entspannung, Gelassenheit und Optimismus beschrieben 71.9%.

Im Vergleich zu Untersuchungen, die nur eine Reduktion von Symptomen

nachweisen, kann hinsichtlich der hier untersuchten Stichprobe somit nachgewiesen werden, dass die beschriebenen Symptomverbesserungen auch mit einer Verbesserung der Lebensqualität einher gehen. Auch aufgrund des Fehlens einer langfristigen Katamnese können anhand der vorliegenden Daten jedoch keine Aussagen darüber getroffen werden, welche langfristigen Auswirkungen die Therapie auf Alltag und psychosoziales Funktionieren der PatientInnen hat. Derartigen Fragestellungen sollte ebenso wie der Berücksichtigung von „patient reported outcomes“ in zukünftigen Untersuchungen eine höhere Bedeutung eingeräumt werden, als dies bislang zumeist der Fall ist. Auch die Zahl späterer stationärer Aufenthalte könnte einen bedeutsamen Indikator für die langfristige Wirksamkeit eines Therapieprogrammes darstellen.

4.2.3 Differentielle Klassen von Verläufen

Die im Rahmen dieser Untersuchung identifizierten Klassen von Verläufen verweisen auf die ausgeprägte Heterogenität innerhalb der Gruppe der PatientInnen mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung. Die Klassen 2 und 3 sind durch deutliche Belastungen in allen Bereichen geprägt, profitieren jedoch in hohem Maße. Klasse 1 umfasst eine Minderheit besonders belasteter PatientInnen. Deren signifikant höhere Belastung durch sexuellen Missbrauch in der Kindheit, PTBS-Symptome, depressive Symptome, somatoforme Beschwerden, Angstsymptome, dissoziative Symptome, Zwangssymptome und interaktionelle Schwierigkeiten schlägt sich auch in signifikant geringerer gesellschaftlicher Aktivität und Partizipation sowie geringerem psychischen Wohlbefinden nieder.

Wie beschrieben gelingt es diesen PatientInnen nicht, ihre Belastung durch PTBS-Symptome in befriedigendem Ausmaß zu reduzieren. Sprechen die Ergebnisse dieser Untersuchung demnach dafür, dass eine Gruppe von PatientInnen existiert, die traumatherapeutisch nicht wirksam behandelt werden kann? Im Folgenden soll argumentiert werden, dass diese Schlussfolgerung aufgrund der berichteten Daten unzulässig erscheint. Die Tatsache, dass die PatientInnen der Klasse 1 hinsichtlich ihrer PTBS-Symptomatik kaum eine Entlastung erleben, relativiert sich durch deutliche Verbesserungen, die die PatientInnen dieser Klasse hinsichtlich ihrer Belastung durch depressive, ängstliche, somatoforme und dissoziative Symptome sowie hinsichtlich ihrer Selbstwirksamkeit, ihres psychischen Wohlbefindens und des Ausmaßes interaktioneller Schwierigkeiten erzielen. Von besonderer Bedeutung erscheint die Tatsache, dass es im Therapieverlauf gelingt, auch jene Variablen günstig zu beeinflussen, die im Rahmen dieser Untersuchung als Prädiktoren eines ungünstigen Verlaufes der PTBS-Symptomatik identifiziert werden konnten. Aus der Beobachtung, dass sich in Klasse 1 18.0% der PatientInnen klinisch signifikant hinsichtlich Dissoziation verbessern konnten und jeweils 25.6% der PatientInnen sich klinisch signifikant hinsichtlich interaktioneller Schwierigkeiten und Achtsamkeit verbessern konnten, ergibt sich viel mehr die Frage, wie ein langfristiger Therapieverlauf für diese Patientengruppe konzeptualisiert werden muss. Gemäß des identifizierten Klassifikationsbaummodells sollten die PatientInnen nach diesen Behandlungserfolgen eine deutlich bessere Prognose hinsichtlich des Behandlungserfolges in Bezug auf die PTBS-Symptomatik haben. Es erscheint damit naheliegend, dass die Gruppe der am schwersten belasteten PatientInnen aus Klasse 1, sofern sie die erziel-

ten Behandlungserfolge ambulant aufrechterhalten und ausbauen können, zu einem späteren Zeitpunkt auch hinsichtlich ihrer PTBS-Symptomatik profitieren könnten. Daher wird auf der Psychotraumatologie-Station der Klinik St. Irmgard derzeit ein Intervall-Konzept erprobt. Katamneseuntersuchungen und Analysen langfristiger Verläufe sollen klären helfen, ob ein derartiges Angebot geeignet ist, den am schwersten belasteten PatientInnen der Klasse 1 zu helfen.

4.2.4 Zur Bedeutung der Prädiktoren des Therapieverlaufs

Anhand dieser Überlegungen zu langfristigen Behandlungskonzepten für die PatientInnen der Klasse 1 wird deutlich, welche hohe Bedeutung der Identifikation von Verlaufsprädiktoren für die Optimierung bestehender Therapieprogramme zukommt. Nur wenn klar ist, welche Schwierigkeiten einer erfolgreichen Therapie im Weg stehen, können gezielte Strategien entwickelt werden, um diesen Schwierigkeiten effektiv zu begegnen. Die Befunde dieser Untersuchung erlauben damit nicht zuletzt die Formulierung von Hypothesen, wie stationäre Psychotherapie der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung in ihrer Wirksamkeit weiter verbessert werden kann.

Die Bedeutung zweier in der Literatur für das Behandlungsergebnis von Psychotherapien im Allgemeinen und von der Psychotherapie der (komplexen) posttraumatischen Belastungsstörung im Besonderen wiederholt als bedeutsam diskutierten Variablen konnte unter naturalistischen Bedingungen validiert werden. So bestätigten sich in der vorliegenden Untersuchung die

Bedeutung von interaktionellen Schwierigkeiten (z.B. Cloitre et al., 2004; Davies-Osterkamp, Strauss & Schmitz, 1996) und Dissoziation (z.B. Bae et al., 2015; Kleindienst et al., 2011; Rufer et al., 2006). Mit dem Ausmaß des sexuellen Missbrauchs in der Kindheit und Achtsamkeit konnten darüber hinaus zwei weitere Prädiktoren identifiziert werden, die deutlich weniger gut untersucht sind.

Sexuelle Traumatisierung in der Kindheit

Das Ausmaß sexualisierter Gewalt in der Kindheit konnte über in der Literatur als assoziiert beschriebene Variablen wie Dissoziation und interaktionelle Schwierigkeiten hinaus als signifikanter Prädiktor des Verlaufstyps der PTBS-Symptomatik identifiziert werden. Aus klinischer Perspektive erscheint es wenig überraschend, dass das Ausmaß sexualisierter Gewalt in der Kindheit mit schlechteren Behandlungsergebnissen einher geht. Gleichzeitig stellt sich die Frage, wie sich dieser Zusammenhang vermittelt. Eine Möglichkeit wäre, dass das nicht-klinische Konstrukt sexualisierter Gewalt in der Kindheit noch im Erwachsenenalter mit spezifischen Problemen und Symptomen einhergeht, die im Rahmen dieser Untersuchung ungenügend erfasst wurden. So könnte eine mögliche Erklärung in Schwierigkeiten der betroffenen PatientInnen liegen, hinsichtlich intensiver Gefühle zu habituierten und emotional zu lernen. Derartige Schwierigkeiten sind in der Literatur beispielsweise für PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, PatientInnen mit dissoziativen Symptomen und PatientInnen mit posttraumatischer Belastungsstörung und komorbider Borderline-Persönlichkeitsstörung beschrieben (Hazlett et al., 2012; Kleindienst et al., 2011; Mauchnik, Ebner-Priemer,

Bohus & Schmahl, 2010; Ebner-Priemer et al., 2009). Auch PatientInnen mit hoher trait-Ängstlichkeit weisen Schwierigkeiten im emotionalen Lernen auf und profitieren oftmals nicht ausreichend von einem klinischen Vorgehen nach dem Habituationssparadigma, wie es beispielsweise der kognitiv-behavioralen prolongierten Expositionstherapie der PTBS zugrunde liegt (Craske, Treanor, Conway, Zbozinek & Vervliet, 2014; Craske, Liao, Brown & Vervliet, 2012). Womöglich weisen auch die PatientInnen der untersuchten Stichprobe mit besonders hoher Belastung durch sexuellen Missbrauch in der Kindheit derartige Schwierigkeiten im Extinktions- bzw. im inhibitorischen Lernen auf und benötigen spezifische Anpassungen des therapeutischen Vorgehens.

Darüber hinaus geht sexueller Missbrauch mit einer Vielzahl von Gefühlen wie Ekel, Scham, Schuld oder Ärger einher (Taylor, 2015; Browne, Trim, Myers & Norman, 2015; Coyle et al., 2014; McHugh et al., 2012), für die deutlich geringere Evidenz hinsichtlich eines Habituationseffekts vorliegt. Traumafokussierte Psychotherapie in der Kindheit sexuell traumatisierter PatientInnen kann sich daher womöglich nicht alleine auf das „spontane Assoziieren von Ressourcen“ (Shapiro, 1999) oder Habituationseffekte im Rahmen einer Exposition in sensu (Foa, Chrestman & Gilboa-Schechtman, 2009) verlassen, sondern benötigt womöglich spezifische und individuell abgestimmte Interventionen, die im Sinne eines Baukastenmodells in den Therapieprozess integriert werden können. Andernfalls ist mit Therapieverläufen zu rechnen, wie Harned, Ruork, Liu und Tkachuck (2015) sie in einer Studie zu Traumakonfrontation ohne vorhergehenden oder parallelen Aufbau von Emotionsregulationsfertigkeiten für eine Stichprobe von PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und PTBS schildern: eine Gruppe von nicht remittie-

renden PatientInnen erlebt während der rein traumakonfrontativen Therapie in zunehmendem Ausmaß Trauer und Wut, ohne über die Kompetenzen zu verfügen, mit diesen Gefühlen umgehen zu können.

Interventionen zum Ausgleich den Therapieerfolg behindernder Defizite wie Achtsamkeitstrainings, Emotionsregulationstrainings oder Skills-Trainings zur Reduktion dissoziativen Verhaltens dürfen in der Therapie der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung bereits heute als gut etabliert gelten (Stein et al., 2009). Da die Ergebnisse dieser Untersuchung jedoch auch auch auf die spezifischen Auswirkungen schweren sexuellen Missbrauchs in der Kindheit auf den Therapieerfolg verweisen, erscheint es sinnvoll, die Hintergründe dieses Umstandes weiter zu beforschen und weitere Interventionen für die spezifischen Problemen der betroffenen PatientInnen zu entwickeln, zu evaluieren und in bestehende Behandlungsrationale zu integrieren. Als besonders vielversprechend könnten sich dabei Interventionen zu Schuldgefühlen (Kubany & Watson, 2002), zu Ekel und dem Gefühl des Beschmutztseins (Hadouch & Steil, 2014; Jung et al., 2011), zu Alpträumen (Krakow et al., 2001) oder zum Körperbild (Borgmann et al., 2014) erweisen.

Interaktionelle Schwierigkeiten

Darüber hinaus verweisen die Ergebnisse dieser Untersuchung auf die Bedeutung interaktioneller Schwierigkeiten für den Therapieverlauf. Sie stehen damit in Einklang mit jüngeren Forschungsergebnissen, die die Bedeutung interpersoneller Störungen für den Therapieverlauf von PatientInnen mit komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen betonen (König, Onnen,

Karl, Rosner & Butollo, 2015). Der Umstand, dass interaktionellen Schwierigkeiten bei der Behandlung komplexer Traumafolgestörungen eine derart hohe Bedeutung zukommt, schlägt sich auch darin nieder, dass in Manualen zur Behandlung der komplexen PTBS zunehmend Bausteine zum Aufbau sozialer Fertigkeiten integriert werden (Cloitre et al., 2014; Bohus et al., 2013, 2011). Kürzlich gelang einer Forschungsgruppe um Markowitz et al. (2015) sogar der Nachweis, dass interpersonelle Therapie (IPT) bei PTBS eine vergleichbare Wirksamkeit aufweist wie die traumakonfrontative Prolongierte Exposition.

Eine differenzierte Evaluation der Wirksamkeit von Interventionen, die auf ein verbessertes interpersonelles Funktionieren abzielen, steht derzeit jedoch aus. Auch erscheint auffällig, dass die interaktionellen Schwierigkeiten von PatientInnen mit komplexer PTBS oftmals als Ausdruck einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gewertet und auch so behandelt werden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung legen jedoch nahe, dass es sich bei den geschilderten interaktionellen Schwierigkeiten von PatientInnen mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung nicht ausnahmslos um interaktionelle Schwierigkeiten, wie sie im Rahmen der Borderline-Persönlichkeitsstörung auftreten, handelt. So weist der größte Teil der PatientInnen eine Persönlichkeitsstörung und damit massive Störungen in der sozialen Interaktion auf, der Borderline-Persönlichkeitsstörung kommt dabei in der untersuchten Stichprobe jedoch nur eine untergeordnete Rolle zu. Die Ergebnisse verweisen unter anderem auf mögliche relevante Komorbiditäten aus den Bereichen histrionischer, abhängiger sowie ängstlicher Persönlichkeitsstörungen.

Die Auswirkungen des Vorliegens unterschiedlicher komorbider Persönlichkeits-

störungen auf die Therapie der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung sind bis heute kaum untersucht worden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung legen jedoch nahe, dass die Therapie der komplexen PTBS individuell an eine Vielzahl spezifischer Formen interaktioneller Störungen im Rahmen unterschiedlicher Persönlichkeitsstörungen angepasst werden muss. Ein Vorgehen, dass sich alleine auf Techniken und Strategien bewährter Psychotherapien der Borderline-Persönlichkeitsstörung (z.B. Bateman & Fonagy, 2006; Linehan, 1993) stützte, wäre demnach mit dem Risiko behaftet, jenen PatientInnen nicht gerecht zu werden, deren interaktionelle Schwierigkeiten nicht primär aus einer emotionalen Instabilität herrühren.

Insbesondere sollten die Fragen, welcher Natur die interaktionellen Schwierigkeiten von PatientInnen mit komplexer PTBS sind, ob unter Umständen Subtypen wie ein emotional instabiler, ein depressiver und ein ängstlich-vermeidender Subtyp unterschieden werden müssen, und in welcher Beziehung interaktionelle Schwierigkeiten zu womöglich komorbid vorliegenden Persönlichkeitsstörungen stehen, weiter beforscht werden.

Dissoziation

Die Frage, welchen prädiktiven Wert Dissoziation für den Verlauf der Therapie der (komplexen) posttraumatischen Belastungsstörung aufweist, ist in der Literatur weiterhin umstritten. Zunehmend liegen jedoch Ergebnisse vor, die auf den Einfluss dissoziativer Symptomatik auf den Therapieverlauf verweisen (Bae et al., 2015; Brand & Lanius, 2014; Resick, Suvak, Johnides, Mitchell & Iverson, 2012). Auch scheint die therapeutische Beziehung bei

der Behandlung dissoziativer Symptome und Störungen besonders wichtig zu sein (Cronin et al., 2014).

Die vorliegende Untersuchung kann aufgrund ihres naturalistischen Designs nur eingeschränkt zur Klärung der Frage beitragen, welchen Einfluss dissoziative Symptome auf das Therapieergebnis haben. Dennoch erscheint es bedeutsam, dass in der vorliegenden Untersuchung auch unter naturalistischen Bedingungen ein bedeutsamer Einfluss dissoziativer Symptomatik auf den Behandlungserfolg identifiziert werden konnte. Auch in Zusammenschau mit Ergebnissen der Grundlagenforschung, die für Schwierigkeiten im emotionalen Lernen von PatientInnen mit dissoziativen Symptomen sprechen (Hazlett et al., 2012; Kleindienst et al., 2011; Mauchnik et al., 2010; Ebner-Priemer et al., 2009) zeigt sich die hohe Bedeutung einer therapeutischen Arbeit im „Stresstoleranzfenster“ (Corrigan et al., 2011) der betroffenen PatientInnen. Nur ein therapeutisches Vorgehen, dass PatientInnen spezifische Werkzeuge zur Unterbrechung dissoziativer Prozesse vermittelt, erlaubt ihnen emotional zu lernen.

Der Verhinderung von Dissoziation kommt damit zentrale Bedeutung dafür zu, Lernen und damit therapeutische Veränderungen überhaupt möglich zu machen. Darüber hinaus besteht Evidenz, dass die Dissoziationsneigung negativ mit Achtsamkeit korreliert ist (Brown, Ryan & Creswell, 2007).

Achtsamkeit

Zahlreiche Untersuchungen legen nahe, dass das Konstrukt Achtsamkeit einen hohen prädiktiven Wert im Hinblick auf Rückfälle im Rahmen depressiver Störungen aufweist (z.B. Michalak, Heidenreich, Meibert & Schulte, 2008).

Im Kontext posttraumatischer Belastungsstörungen konnte verschiedentlich gezeigt werden, dass Achtsamkeitstrainings die PTBS-Belastung signifikant reduzieren können (Kearney et al., 2013; King et al., 2013; Kimbrough et al., 2010). In der vorliegenden Untersuchung konnte über diese Befunde hinaus erstmalig gezeigt werden, dass das Ausmaß von Achtsamkeit bei Therapiebeginn einen hohen prädiktiven Wert in Bezug auf die Entwicklung der PTBS-Symptombelastung im Behandlungsverlauf hat. Dieser Zusammenhang besteht trotz des Zusammenhanges des Behandlungserfolges mit dem Konstrukt Dissoziation, das mit Achtsamkeit negativ korreliert ist. Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass Achtsamkeit einen prädiktiven Wert über die Fähigkeit, angesichts schmerzhafter Emotionen nicht zu dissoziieren, hinaus hat. Da Achtsamkeit stark mit Konstrukten wie Selbstbeobachtung, Mentalisierung und Metakognition korreliert ist (Siegel, 2007; Walach et al., 2006), könnten auch diese Konstrukte mit dem Therapieerfolg in Verbindung stehen, was in weiteren Studien untersucht werden sollte.

4.3 Offene Fragen und Ausblick

Weitere Untersuchungen müssen zeigen, inwiefern die im Rahmen dieser Untersuchung festgestellten Behandlungserfolge zeitlich stabil sind. Darüber hinaus erscheint es bedeutsam, mittels Untersuchungen mit langfristigen Beobachtungszeiträumen zu prüfen, ob das derzeit auf der Psychotraumatologie-Station der Klinik St. Irmingard praktizierte Vorgehen mit den ambulanten Behandlern abgestimmter und langfristig geplanter Intervalltherapie geeignet ist, auch den am schwersten belasteten PatientInnen der Klasse 1, die

hinsichtlich der PTBS-Symptomatik nicht ausreichend auf die Behandlung ansprechen, wirksam zu helfen.

Die Schlussfolgerungen dieser Untersuchung werden ferner Einfluss auf die konzeptionelle Weiterentwicklung der Station haben. So wurde nach dem Untersuchungszeitraum eine Gruppe für zwischenmenschliche Fertigkeiten eingeführt, um der hohen prädiktiven Bedeutung interaktioneller Schwierigkeiten für den Therapieverlauf gerecht zu werden. Ohne dass anhand naturalistischer Untersuchungen kausale Schlussfolgerungen möglich sind, erscheint es doch interessant, Auswirkungen auf die klinische Wirksamkeit des Therapieprogrammes zu untersuchen. Dies gilt selbstverständlich auch für zukünftige Erweiterungen des Therapiekonzeptes, die die anderen Prädiktoren betreffen. So könnte es sich als bedeutsam erweisen, weitere Methoden zu integrieren, die eine traumakonfrontative Arbeit auch mit hochdissoziativen PatientInnen ermöglichen. In der Körpertherapie sollen noch stärker Interventionen integriert werden, die sich als wirksam in der Behandlung von Symptomen wie Ekel oder dem Gefühl des Beschmutztseins, wie sie typisch für die Opfer schweren sexuellen Missbrauchs in der Kindheit sind, bewährt haben.

Ferner könnte es sich als hilfreich erweisen, anhand deskriptiver Untersuchungen zu explorieren, wie sich die Ergebnisse von Therapieverläufen der unterschiedlichen Phasen unterscheiden. Aufgrund unkontrollierbarer konfundierender Variablen erscheinen Methoden der schließenden Statistik für diese Fragestellung nicht anwendbar. Es könnten jedoch Hypothesen generiert werden, die mittels randomisiert-kontrollierter Studien geprüft werden müssten.

4.4 Stärken und Schwächen dieser Untersuchung

Trotz eines für den klinischen Alltag ungewöhnlich hohen Aufwandes für standardisierte Diagnostik durch klinische Interviews und Selbstratingverfahren bleiben in der Diagnostik in der klinischen Routineversorgung stets Schwächen und Unschärfen. So wurden in der vorliegenden Untersuchung komorbid vorliegende Störungen nicht regelhaft durch störungsspezifische klinische Interviews und Tests validiert und im Verlauf erfasst. Insbesondere Suchterkrankungen und selbstverletzendes Verhalten werden durch die eingesetzten Messinstrumente nicht ausreichend erfasst.

Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung wird auf der Psychotraumatologie-Station der Klinik St. Irmgard zumeist über klinische Interviews wie die International Personality Disorder Examination (Loranger, Janca & Sartorius, 1997) oder die VDS-30 (Sulz, Gräff & Jakob, 1998) gestellt. Es gibt derzeit jedoch kein standardisiertes Vorgehen hinsichtlich des Screenings und kein standardisiertes Instrument zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, so dass die Diagnostik trotz hohen Aufwandes und guter Ausbildung der BehandlerInnen vermutlich Unschärfen unterworfen ist. Die fehlende Diagnostik sexueller Funktionsstörungen ist angesichts der in der Literatur berichteten Komorbiditätsraten (Büttner et al., 2014; Sack & Büttner, 2014) vermutlich als Schwäche der vorliegenden Arbeit anzusehen. Ebenso muss angesichts hoher Prävalenzen von Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen in Stichproben komplex traumatisierter PatientInnen (z.B. De Bellis & Kuchibhatla, 2006) davon ausgegangen werden, dass das Fehlen dieser Diagnosen

in der untersuchten Stichprobe nicht alleine auf Stichprobenselektionseffekte zurückzuführen ist, sondern vermutlich auf Schwächen in der klassifikatorischen Diagnostik verweist.

Eine der größten Limitationen der vorliegenden Untersuchung stellt jedoch die geringe Anzahl von Messzeitpunkten dar. Durch die Verwendung von zwei Messzeitpunkten ist die Analyse von nichtlinearen Verläufen a priori ausgeschlossen (Duncan & Duncan, 2004; Rogosa, 1988). Ergebnisse früherer Untersuchungen von Symptomverlaufskurven bei Patienten mit PTBS lassen jedoch darauf schließen, dass die Symptome diskontinuierlichen, nicht-linearen und quadratischen Funktionen folgen und die Therapieverläufe durch „sudden gains“ und „sudden losses“ geprägt sind (Van de Schoot, 2015; Ehrlich & Lutz, 2015; Nishith, Resick & Griffin, 2002). Auch erlaubt die geringe Anzahl von Messzeitpunkten nicht, komplexere Analyseverfahren wie Growth Mixture Models (GMM) anzuwenden, bei denen die Bildung latenter Klassen primär über die Kurvenform erfolgt, da mit zwei Messzeitpunkten nur lineare Zusammenhänge identifiziert werden können. Auch wenn zwei Messzeitpunkte Aussagen über Veränderungen erlauben, sind sie für eine Vielzahl weiterer wichtiger Fragestellungen unzureichend geeignet (Rogosa, Brandt & Zimowski, 1982).

Die Bewertung der berichteten Ergebnisse ist durch das Fehlen katamnestischer Daten deutlich erschwert. Zukünftige Untersuchungen müssen zeigen, ob das Therapieprogramm eine langfristige Wirkung über eine reine kurzfristige Stabilisierung hinaus erzielen kann.

Die vorliegende Untersuchung beruht auf repräsentativen Behandlungsverläufen einer Gruppe von PatientInnen mit klar definiertem Krankheitsbild. Es wer-

den klare Ein- und Ausschlusskriterien dargestellt und der Anteil von Behandlungsabbrüchen wird berichtet. Die Teststärke ist in Bezug auf das primäre Outcome-Maß als angemessen zu betrachten. Es kamen reliable und valide Testverfahren zum Einsatz, die ausführlich im Methodenteil beschrieben werden. Mit Aufenthaltsdauer, Alter und Geschlecht wurden drei Kovariaten statistisch kontrolliert. Die vorliegende Untersuchung genügt damit den meisten, nicht jedoch allen von Leichsenring und Rüger (2004) vorgeschlagenen Kriterien der Bewertung naturalistischer Untersuchungen. Insgesamt ist dennoch von einer ausreichenden Qualität auszugehen. Die Auswahl von statistischen Tests erfolgte anhand sehr konservativer und strenger Kriterien.

Im Unterschied zu den meisten auf dem Gebiet der komplexen Traumafolgestörungen veröffentlichten naturalistischen Untersuchungen (z.B. Lampe et al., 2014; Jepsen et al., 2014; Lampe et al., 2008; Sachsse et al., 2006) wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit der Versuch unternommen, durch die Identifikation differentieller Klassen von Verläufen mittels finiter gemischter Modelle der ausgeprägten Heterogenität der Stichprobe hinsichtlich komorbider psychischer Störungen und Symptome besser gerecht zu werden. Die vorliegenden Ergebnisse erlauben damit auch angesichts der diskutierten methodischen Schwächen vor dem Hintergrund hoher ökologischer Validität vorsichtige Schlussfolgerungen, welche Mechanismen einer wirksameren Therapie in der Routineversorgung oftmals im Wege stehen. Die vorliegende Untersuchung erlaubt damit nicht nur eine Momentaufnahme aktueller Erfolge in der Behandlung der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung, sondern verweist auch auf zukünftige Herausforderungen in der Optimierung

bestehender Therapieprogramme.

Kapitel 5

Zusammenfassung

Die Wirksamkeit traumaspezifischer Psychotherapie ist bei Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen insbesondere in naturalistischen Settings unzureichend belegt. Darüber hinaus erscheint es bedeutsam, Prädiktoren für differentielle Verläufe zu identifizieren.

In dieser retrospektiven Prä-Post-Untersuchung naturalistischer Therapieverläufe von 139 stationär behandelten PatientInnen wird die Wirksamkeit eines spezifischen Therapieprogrammes anhand der PTBS-Symptomatik (gemessen mit IES-R) sowie anhand sekundärer Outcome-Maße wie Depression, somatoforme Beschwerden, Angst (jeweils gemessen mit ISR und HEALTH-49), interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit, psychisches Wohlbefinden (jeweils gemessen mit HEALTH-49), Dissoziation (gemessen mit DES-T) oder Achtsamkeit (gemessen mit FFA) überprüft. Darüber hinaus werden mittels finiter gemischter Modelle differentielle Klassen von Verläufen der PTBS-Symptomatik identifiziert. Über Classification and Regression Trees werden Prädiktoren für die Klassenzugehörigkeit identifiziert.

Die Stichprobe erwies sich als durch Kindheitstraumatisierungen, Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung und komorbide psychische Störungen in extremen Ausmaßen belastet. Dieser Umstand schlägt sich auch in häufigen stationären Vorbehandlungen, Suizidversuchen, polypharmazeutischen Medikationen und ausgeprägten sozialen Notlagen wider.

Im Untersuchungszeitraum lag die Zahl abgebrochener Behandlungen bei 4.8% (sieben von 146 PatientInnen). Bei den PatientInnen, die die Behandlung regulär beendeten, war in nur einem Fall (0.7%) eine klinisch signifikante Verschlechterung der PTBS-Symptomatik zu beobachten. Es zeigt sich eine signifikante Reduktion der PTBS-Symptomatik im Therapieverlauf ($Z = -8.5$, $p = .00$). Für 41.7% der PatientInnen entspricht dieser Effekt einer klinisch signifikanten Verbesserung. Auch hinsichtlich der sekundären Outcome-Maße Depression, somatoforme Beschwerden, Angst, interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit und Achtsamkeit konnten signifikante Verbesserungen im Ausmaß mittlerer bis hoher Effekte nachgewiesen werden. Ebenso fand sich eine signifikante Reduktion der dissoziativen Symptomatik. 38% der PatientInnen konnten ihr psychisches Wohlbefinden klinisch signifikant verbessern, 29.2% klinisch signifikant ihre interaktionellen Schwierigkeiten reduzieren und 22.8% der PatientInnen gelang es, klinisch signifikant das Ausmaß ihrer Achtsamkeit zu verbessern. 71.9% der PatientInnen schilderten bei Entlassung im VEV-K hinsichtlich ihres Erlebens und Verhaltens eine signifikante Verbesserung.

Anhand der Analyse der finiten gemischten Modelle konnten drei differentielle Klassen von Verläufen der PTBS-Symptomatik identifiziert werden ($\Delta\text{BIC}=23.5$; Entropie .79). In allen drei Klassen konnte eine signifikante Ver-

besserung der PTBS-Symptomatik nachgewiesen werden ($p = .00$). Gleichzeitig zeigten sich deutlich unterschiedliche Verläufe. Während die Klassen 2 und 3 hinsichtlich der PTBS-Symptomatik in hohem Ausmaß von der Behandlung profitierten ($N=51$; $d_Z=1.3$; 33% klinisch signifikante Verbesserung bzw. $N=49$; $d_Z=1.4$; 78% klinisch signifikante Verbesserung), gelang dies einer dritten Klasse von PatientInnen ($N=39$; $d_Z=0.5$; 8% klinisch signifikante Verbesserung) nur eingeschränkt. Das Klassifikationsmodell mit minimalem Kreuzvalidierungsfehler identifiziert Achtsamkeit, Dissoziation und Interaktionelle Schwierigkeiten bei Aufnahme sowie das Ausmaß des sexuellen Missbrauchs in der Kindheit (gemessen mit CTQ) als signifikante Prädiktoren der Klassenzugehörigkeit.

Diese Ergebnisse zeigen, dass komplex traumatisierte und psychopathologisch schwer belastete PatientInnen stationär wirksam behandelt werden können. PatientInnen mit besonders hohen Belastungen durch sexuellen Missbrauch in der Kindheit, Dissoziation und interaktionelle Schwierigkeiten sowie mit geringer Achtsamkeit profitieren eingeschränkt. Methodische Schwächen dieser Untersuchung sowie Implikationen für Forschung und klinische Praxis werden diskutiert.

Literaturverzeichnis

- Akaike, H. (1974). A new look at the statistical model identification. *Transactions on Automatic Control*, 19(6), 716–723.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Andruff, H., Carraro, N., Thompson, A., Gaudreau, P. & Louvet, B. (2009). Latent Class Growth Modelling: A Tutorial. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 5, 11–24. (1)
- Ardino, V. (2012). Offending behaviour: the role of trauma and PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, doi: 10.3402/ejpt.v3i0.18968.
- Baars, E. W., van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., Chu, J. A., Glas, G. & Draijer, N. (2010). Predicting stabilizing treatment outcomes for complex posttraumatic stress disorder and dissociative identity disorder: an expertise-based prognostic model. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(1), 67–87.
- Back, S. E., Foa, E. B., Killeen, T. K., Mills, K. L., Teesson, M., Cotton, B. D., Carroll, K. M. & Brady, K. T. (2015). *Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure (COPE): Therapist Guide*. New York: Oxford University Press.
- Bader, K., Hännny, C., Schäfer, V., Neuckel, A. & Kuhl, C. (2009). Childhood Trauma Questionnaire - Psychometrische Eigenschaften einer deutschsprachigen Version. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38(4), 223–230.
- Badour, C. L., Feldner, M. T., Babson, K. A., Blumenthal, H. & Dutton, C. E. (2013). Disgust, mental contamination, and posttraumatic stress: Unique relations following sexual versus non-sexual assault. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 155–162.

- Bae, H., Kim, D. & Park, Y. C. (2015). Dissociation Predicts Treatment Response in Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Post-traumatic Stress Disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, Advance online publication. doi: 10.1080/15299732.2015.1037039.
- Banducci, A. N., Hoffman, E. M., Lejuez, C. & Koenen, K. C. (2014). The impact of childhood abuse on inpatient substance users: Specific links with risky sex, aggression, and emotion dysregulation. *Child Abuse & Neglect*, 38(5), 928–938.
- Barlow, D. H., Allen, L. B. & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205–230.
- Barnicot, K. & Priebe, S. (2013). Post-traumatic stress disorder and the outcome of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 7(3), 181–190.
- Barr, D. J., Levy, R., Scheepers, C. & Tily, H. J. (2013). Random effects structure for confirmatory hypothesis testing: Keep it maximal. *Journal of Memory and Language*, 68(3), 255–278.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder. A Practical Guide*. New York: Oxford University Press.
- Bates, D., Maechler, M., Bolker, B. & Walker, S. (2013). *lme4: Linear mixed-effects models using Eigen and S4*. (R package version 1.0-5)
- Becker, C., Zayfert, C. & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42(3), 277–292.
- Becker, C. B. & Zayfert, C. (2001). Integrating DBT-based techniques and concepts to facilitate exposure treatment for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 107–122.
- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Harned, M. S. & Linehan, M. M. (2015). The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy*, 52(1), 67–77.
- Berlin, K. S., Parra, G. R. & Williams, N. A. (2014). An introduction to latent variable mixture modeling (part 2): Longitudinal latent class growth analysis and growth mixture models. *Journal of pediatric psychology*, 39(2), 188–203.
- Bernstein, D. P. & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire. A retrospective self-report*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.

- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of nervous and mental disease*, 174(12), 727–735.
- Biernacki, C., Celeux, G. & Govaert, G. (2000). Assessing a mixture model for clustering with the integrated completed likelihood. *Pattern Analysis and Machine Intelligence, IEEE Transactions on*, 22(7), 719–725.
- Bisson, J., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 190(2), 97–104.
- Bohus, M., Dyer, A., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I. & Steil, R. (2013). Dialectical Behaviour Therapy for Post-traumatic Stress Disorder after Childhood Sexual Abuse in Patients with and without Borderline Personality Disorder: A Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 221–233.
- Bohus, M., Dyer, A., Priebe, K., Krüger, A. & Steil, R. (2011). Dialektisch Behaviorale Therapie für Posttraumatische Belastungsstörung nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit und Jugend (DBT-PTSD). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61, 140–147.
- Bohus, M. & Wolf, M. (2009). *Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten*. Stuttgart: Schattauer.
- Boon, S., Steele, K. & van der Hart, O. (2013). *Traumabedingte Dissoziation bewältigen: Ein Skills-Training für Klienten und ihre Therapeuten*. Paderborn: Junfermann.
- Boos, S. & Draijer, N. (1993). The differentiation of patients with BPD or EDNOS from patients with a cluster B personality disorder. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 6(2–3), 126–135.
- Borgmann, E., Kleindienst, N., Vocks, S. & Dyer, A. S. (2014). Standardized mirror confrontation: Body-related emotions, cognitions and level of dissociation in patients with Posttraumatic Stress Disorder after childhood sexual abuse. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1, 10.
- Boroske-Leiner, K., Hofmann, A. & Sack, M. (2008). Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58(5), 192–199.
- Boysen, G. & Van Bergen, A. (2013). A review of published research on adult dissociative identity disorder: 2000–2010. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(1), 5–11.

- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214–227.
- Brand, B. & Loewenstein, R. J. (2014). Does phasic trauma treatment make patients with dissociative identity disorder treatment more dissociative? *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(1), 52–65.
- Brand, B. L., Lanius, R., Vermetten, E., Loewenstein, R. J. & Spiegel, D. (2012). Where Are We Going? An Update on Assessment, Treatment, and Neurobiological Research in Dissociative Disorders as We Move Toward the DSM-5. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13, 9–31.
- Brand, B. L. & Lanius, R. A. (2014). Chronic complex dissociative disorders and borderline personality disorder: disorders of emotion dysregulation? *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1, 13.
- Brand, B. L., McNary, S. W., Loewenstein, R. J., Kolos, A. C. & Barr, S. R. (2006). Assessment of genuine and simulated dissociative identity disorder on the Structured Interview of Reported Symptoms. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(1), 63–85.
- Brandt, W. A., Loew, T., von Heymann, F., Stadtmüller, G., Georgi, A., Tischinger, M., Strom, F., Mutschler, F. & Tritt, K. (2015). Das ICD-10 Symptomrating (ISR): Validierung der Depressionsskala an einer klinischen Stichprobe. *PPmP-Psychotherapie- Psychosomatik- Medizinische Psychologie*, Advance online publication. doi:10.1055/s-0034-1398542.
- Breh, D. C. & Seidler, G. H. (2007). Is Peritraumatic Dissociation a Risk Factor for PTSD? *Journal of Trauma & Dissociation*, 8(1), 53–69.
- Breiman, L., Friedman, J., Olshen, R. & Stone, C. (1984). *Classification and regression trees*. New York, NY: Chapman & Hall.
- Bremner, J. D. (2010). Cognitive processes in dissociation: comment on Giesbrecht et al.(2008). *Psychological Bulletin*, 136(1), 1–6.
- Brenner, I. & Ben-Amitay, G. (2015). Sexual Revictimization: The Impact of Attachment Anxiety, Accumulated Trauma, and Response to Childhood Sexual Abuse Disclosure. *Violence and Victims*, 30(1), 49–65.
- Brown, K. W., Ryan, R. M. & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundation and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, 18, 211–237.

- Browne, K. C., Trim, R. S., Myers, U. S. & Norman, S. B. (2015). Trauma-Related Guilt: Conceptual Development and Relationship With Posttraumatic Stress and Depressive Symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 28*, 131–141.
- Bryant, R. A., Brooks, R., Silove, D., Creamer, M., O'Donnell, M. & McFarlane, A. C. (2011). Peritraumatic dissociation mediates the relationship between acute panic and chronic post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 49*, 346–351.
- Buchheld, N. (2000). *Achtsamkeit in Vipassana-Meditation und Psychotherapie. Die Entwicklung des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA)*. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Büttner, M., Dulz, B., Sachsse, U., Overkamp, B. & Sack, M. (2014). Trauma und sexuelle Störungen - Multizentrische Untersuchung von Patienten mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung. *Psychotherapeut, 59*(5), 385–391.
- Cahill, S. P., Foa, E. B., Hembree, E. A. & Marshall, R. D. (2006). Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 19*(5), 597–610.
- Calvert, M., Blazeby, J., Altman, D. G., Revicki, D. A., Moher, D., Brundage, M. D., Group, C. P. et al.. (2013). Reporting of Patient-Reported Outcomes in Randomized Trials - The CONSORT PRO Extension. *JAMA, 309*(8), 814–822.
- Chalavi, S., Vissia, E. M., Giesen, M. E., Nijenhuis, E. R., Draijer, N., Cole, J. H., Dazzan, P., Pariante, C. M., Madsen, S. K., Rajagopalan, P., Thompson, P. M., Toga, A. W., Veltman, D. J. & Reinders, A. A. (2015). Abnormal hippocampal morphology in dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder correlates with childhood trauma and dissociative symptoms. *Human Brain Mapping, 36*(5), 1692–1704.
- Chard, K. M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 965–971.
- Charuvastra, A. & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology, 59*, 301–328.
- Chen, H. (2014). *VennDiagram: Generate high-resolution Venn and Euler plots*. (R package version 1.6.9)
- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., Elamin, M. B., Seime, R. J., Shinozaki, G., Prokop, L. J. & Zirakzadeh, A. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. In *Mayo Clinic Proceedings* (Bd. 85, S. 618–629). Elsevier.

- Chu, J. A. (2005). Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults (2005)–International Society for Study of Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(4), 69–149.
- Classen, C. C., Palesh, O. G. & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma Violence Abuse*, 6, 103–129.
- Cloitre, M. (2015). The “one size fits all” approach to trauma treatment: should we be satisfied? *European Journal of Psychotraumatology*, 6, doi: 10.3402/ejpt.v6.27344.
- Cloitre, M., Chase Stovall-McClough, K., Miranda, R. & Chemtob, C. M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related post-traumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(3), 411–416.
- Cloitre, M., Cohen, L. R. & Koenen, K. C. (2014). *Sexueller Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit - Ein Therapiemanual zur Behandlung komplexer Traumafolgen. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung von Ingo Schäfer, Stephan Schubert-Heukeshoven und Maria Teichert*. Göttingen: Hogrefe.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C. & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615–627.
- Cloitre, M., Garvert, D., Brewin, C., Bryant, R. & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20706.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B. & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTBS Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, doi: 10.3402/ejpt.v5.25097.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R. & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067–1074.
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, C. & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36, 119–124.
- Cloitre, M., Petkova, E., Wang, J. & Lu, F. (2012). An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. *Depression and Anxiety*, 29, 709–717.

- Cloitre, M., Stolbach, B., Herman, J., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J. & Petkova, E. (2009). A Developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 00(0), 1–10.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., Gan, W. & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 167(8), 915–924.
- Cohen, L. R. & Hien, D. A. (2006). Treatment Outcomes for Women With Substance Abuse and PTSD Who Have Experienced Complex Trauma. *Psychiatric Services*, 57(1), 100–106.
- Connors, R. (1996). Self-injury in trauma survivors: 1. Functions and meanings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 197–206.
- Corrigan, F. M., Fisher, J. J. & Nutt, D. J. (2011). Autonomic dysregulation and the Window of Tolerance model of the effects of complex emotional trauma. *Journal of Psychopharmacology*, 25(1), 17–25.
- Corrigan, F. M. & Hull, A. M. (2015). Neglect of the complex: why psychotherapy for post-traumatic clinical presentations is often ineffective. *Psychiatric Bulletin*, 39(2), 86–89.
- Coyle, E., Karatzias, T. & Power, A. S. M. (2014). Emotions and emotion regulation in survivors of childhood sexual abuse: the importance of “disgust “ in traumatic stress and psychopathology. *Citation: European Journal of Psychotraumatology*, 5, doi: 10.3402/ejpt.v5.23306.
- Craske, M. G., Liao, B., Brown, L. & Vervliet, B. (2012). Role of Inhibition in Exposure Therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(3), 322–345.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T. & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behaviour research and therapy*, 58, 10–23.
- Creamer, M., Bell, R. & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised. *Behaviour research and therapy*, 41(12), 1489–1496.
- Cronin, E., Brand, B. L. & Mattanah, J. F. (2014). The impact of the therapeutic alliance on treatment outcome in patients with dissociative disorders. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, doi: 103402/ejpt.v5.22676.
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardena, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B. & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138(3), 550–588.

- Davies-Osterkamp, S., Strauss, B. M. & Schmitz, N. (1996). Interpersonal problems as predictors of symptom related treatment outcome in longlong Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 6(3), 164–176.
- Davis, D. M. & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198–208.
- De Bellis, M. D. & Kuchibhatla, M. (2006). Cerebellar Volume in Pediatric Maltreatment-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 60, 697–703.
- de Bont, P. A., van Minnen, A. & de Jongh, A. (2013). Treating PTSD in Patients With Psychosis: A Within-Group Controlled Feasibility Study Examining the Efficacy and Safety of Evidence-Based PE and EMDR Protocols. *Behavior therapy*, 44(4), 717–730.
- Dell, P. F. (2001). Why the diagnostic criteria for dissociative identity disorder should be changed. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2, 7–37.
- Dell, P. F. (2002). Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(1), 10–15.
- Dell, P. F. (2006). A New Model of Dissociative Identity Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 1–26.
- Dempster, A., Laird, N. & Rubin, D. (1977). Maximum likelihood from incomplete data via the EM-algorithm. *Journal of the Royal Statistical Society, B*, 39, 1–38.
- DePrince, A. P. (2005). Social Cognition and Revictimization Risk. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 125–141.
- Descilo, T., Vedamurtachar, A., Gerbarg, P. L., Nagariaja, D., Gangadhar, B. N., Damodaran, B., Adelson, B., Braslow, L. H., Marcus, S. & Brown, R. P. (2010). Effects of yoga breath intervention alone and in combination with an exposure therapy for post-traumatic stress disorder and depression in survivors of the 2004 south-east asia tsunami. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(4), 289–300.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2010). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: mit Glossar und diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10 und Referenztabellen ICD-10 vs DSM-IV-TR (5., Überarbeitete Auflage)*. Huber.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.). (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Forschungskriterien*. Bern: Huber.

- Dorahy, M. J., Brand, B. L., Şar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., Lewis-Fernández, R. & Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: an empirical overview. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 402–417.
- Dorahy, M. J., Middleton, W., Seager, L., McGurrin, P., Williams, M. & Chambers, R. (2015). Dissociation, shame, complex PTSD, child maltreatment and intimate relationship self-concept in dissociative disorder, chronic PTSD and mixed psychiatric groups. *Journal of affective disorders*, 172, 195–203.
- Dormann, C. F., Elith, J., Bacher, S., Buchmann, C., Carl, G., Carré, G., Marquéz, J. R. G., Gruber, B., Lafourcade, B., Leitão, P. J. et al. (2013). Collinearity: a review of methods to deal with it and a simulation study evaluating their performance. *Ecography*, 36(1), 027–046.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Hoogendoorn, A. W., Veltman, D. J., Draijer, N. & van Balkom, A. J. L. M. (2014). Evidence-based treatment for adult women with child abuse-related Complex PTSD: a quantitative review. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, doi: 103402/ejpt.v5.23613.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J. H., Dick J. Veltman, A. J. van Balkomand, Hoogendoorn, A. W. & Draijer, N. (2012). Stabilizing Group Treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder Related to Child Abuse Based on Psychoeducation and Cognitive Behavioural Therapy: A Multisite Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 217–225.
- Draijer, N. & Boon, S. (1999). The Imitation of Dissociative Identity Disorder: Patients at Risk, Therapists at Risk. *Journal of Psychiatry and Law*, 27(3-4), 423–458.
- Draijer, N. & Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 379–385.
- Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., Berea, R. C., Wulff, H. & Ratzka, S. (2002). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? *Nervenarzt*, 73, 820–829.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J. & Croft, J. B. (2002). Adverse Childhood Experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors*, 27(5), 713–725.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H. & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The Adverse Childhood Experience Study. *Pediatrics*, 111(3), 564–572.

- Dudley, R., Kuyken, W. & Padesky, C. A. (2011). Disorder specific and trans-diagnostic case conceptualisation. *Clinical Psychology Review*, 31, 213–224.
- Duncan, T. E. & Duncan, S. C. (2004). An Introduction to Latent Growth Curve Modeling. *Behavior Therapy*, 35, 333–363.
- Duncan, T. E., Duncan, S. C. & Strycker, L. A. (2011). *An Introduction to Latent Variable Growth Curve Modeling: Concepts, Issues, and Applications (Second Edition)*. London: Psychology Press.
- Dunmore, E., Clark, D. M. & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour research and therapy*, 37(9), 809–829.
- Dyer, A., Borgmann, E., Kleindienst, N., Feldmann Jr, R. E., Vocks, S. & Bohus, M. (2012). Body image in patients with posttraumatic stress disorder after childhood sexual abuse and co-occurring eating disorder. *Psychopathology*, 46(3), 186–191.
- Dyer, A. S., Bublatzky, F. & Alpers, G. W. (2015). Körperbildstörungen bei Trauma und sozialer Ängstlichkeit. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 63(1), 59–66.
- Ebner-Priemer, U. W., Mauchnik, J., Kleindienst, N., Schmahl, C., Peper, M., Rosenthal, M. Z., Flor, H. & Bohus, M. (2009). Emotional learning during dissociative states in borderline personality disorder. *Journal of psychiatry & neuroscience*, 34(3), 214–222.
- Edmond, T. & Rubin, A. (2004). Assessing the long-term effects of EMDR: results from an 18-month follow-up study with adult female survivors of CSA. *Journal of child sexual abuse*, 13(1), 69–86.
- Edwards, L. J., Muller, K. E., Wolfinger, R. D., Qaqish, B. F. & Schabenberger, O. (2008). An R2 statistic for fixed effects in the linear mixed model. *Statistics in medicine*, 27(29), 6137–6157.
- Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D. M., Creamer, M., Pilling, S., Richards, D., Schnurr, P. P., Turner, S. & Yule, W. (2010). Do all psychotherapy treatments really work the same in post-traumatic stress disorder? *Clinical Psychological Review*, 30(2), 269–276.
- Ehlers, A. & Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319–345.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Dunmore, E., Jaycox, L. H., Meadows, E. & Foa, E. B. (1998). Predicting response to exposure treatment in PTSD: the role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 457–471.

- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F. & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43(4), 413–431.
- Ehlers, A., Grey, N., Wild, J., Stott, R., Liness, S., Deale, A., Handley, R., Albert, I., Cullen, D., Hackmann, A., Manley, J., McManus, F., Brady, F., Salkovskis, P. & Clark, D. M. (2013). Implementation of Cognitive Therapy for PTSD in routine clinical care: Effectiveness and moderators of outcome in a consecutive sample. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 742 - 752.
- Ehring, T. & Ehlers, A. (2014). Does rumination mediate the relationship between emotion regulation ability and posttraumatic stress disorder? *European Journal of Psychotraumatology*, 5(0), doi: 10.3402/ejpt.v5.23547.
- Ehring, T. & Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: the role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior Therapy*, 41(4), 587–598.
- Ehrlich, T. & Lutz, W. (2015). Neue Ansätze zur Modellierung diskontinuierlicher Verläufe in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, published online.
- Eichhorn, S., Brähler, E., Franz, M., Friedrich, M. & Glaesmer, H. (2014). Traumatic experiences, alexithymia, and posttraumatic symptomatology: a cross-sectional population-based study in Germany. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, doi: 10.3402/ejpt.v5.23870.
- Einstein, D. A. a. (2014). Extension of the Transdiagnostic Model to Focus on Intolerance of Uncertainty: A Review of the Literature and Implications for Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 280–300.
- Elklit, A., Hyland, P. & Shevlin, M. (2014). Evidence of symptom profiles consistent with post-traumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in different trauma samples. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, doi: 10.3402/ejpt.v5.24221.
- Elklit, A., Karstoft, K.-I., Armour, C., Feddern, D. & Christoffersen, M. (2013). Predicting criminality from child maltreatment typologies and posttraumatic stress symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, doi: 10.3402/ejpt.v4i0.19825.
- Emerson, D., Sharma, R., Chaudhry, S. & Turner, J. (2009). Trauma-sensitive yoga: Principles, practice, and research. *International Journal of Yoga Therapy*, 19(1), 123–128.
- Fairbrother, N. & Rachmann, S. (2004). Feeling of mental pollution subsequent to sexual assault. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 42, 173–189.

- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a „transdiagnostic“ theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528.
- Favaro, A., Ferrara, S. & Santonastaso, P. (2007). Self-injurious behavior in a community sample of young women: relationship with childhood abuse and other types of self-damaging behaviors. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 122–131.
- Feeny, N. C., Zoellner, L. A. & Foa, E. B. (2002). Treatment Outcome For Chronic PTSD Among Female Assault Victims With Borderline Personality Characteristics: A Preliminary Examination. *Journal of Personality Disorders*, 16(1), 30–40.
- Fischer, F., Schirmer, N., Tritt, K., Klapp, B. F. & Fliege, H. (2011). Retestreliaibilität und Änderungssensitivität des ICD-10-Symptom-Rating (ISR) in verschiedenen Stichproben. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 61(3/4), 162–169.
- Fischer, H. F., Tritt, K., Klapp, B. F. & Fliege, H. (2010). Faktorstruktur und psychometrische Eigenschaften des ICD-10-Symptom-Rating (ISR) an Stichproben psychosomatischer Patienten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 60(8), 307–315.
- Fisher, J. (2000). *Adapting EMDR techniques in the treatment of dysregulated or dissociative patients*. San Antonio, TX.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L. & Wöller, W. (2011). S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, 3, 202–210.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L. H. & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 445–451.
- Foa, E. B., Chrestman, K. R. & Gilboa-Schechtman, E. (2009). *Prolonged Exposure Therapy for Adolescents With PTSD: Emotional Processing of traumatic experiences*. New York: Oxford University Press.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. & Cohen, J. A. (Hrsg.). (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D. & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26(3), 487–499.

- Forbes, D., Creamer, M., Phelps, A., Bryant, R., McFarlane, A., Devilly, G. J., Matthews, L., Raphael, B., Doran, C., Merlin, T. et al.. (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Australasian Psychiatry*, 41(8), 637–648.
- Ford, J., Stockton, P., Kaltman, S. & Green, B. (2006). Disorders of extreme stress (DESNOS) symptoms are associated with type and severity of interpersonal trauma exposure in a sample of healthy young women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 1399–1416.
- Ford, J. D., Chang, R., Levine, J. & Zhang, W. (2013). Randomized clinical trial comparing affect regulation and supportive group therapies for victimization-related PTSD with incarcerated women. *Behavior therapy*, 44(2), 262–276.
- Ford, J. D. & Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1, 9.
- Ford, J. D. & Kidd, T. P. (1998). Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 743–761.
- Ford, J. D. & Russo, E. (2006). Trauma-focused, present-centered, emotional self-regulation approach to integrated treatment for posttraumatic stress and addiction: trauma adaptive recovery group education and therapy (TARGET). *American Journal of Psychotherapy*, 60(4), 335–355.
- Ford, J. D., Steinberg, K. L. & Zhang, W. (2011). A randomized clinical trial comparing affect regulation and social problem-solving psychotherapies for mothers with victimization-related PTSD. *Behavior therapy*, 42(4), 560–578.
- Fox, J. & Weisberg, S. (2011). *An R Companion to Applied Regression* (Second Aufl.). Thousand Oaks CA: Sage.
- Franklin, J. C., Puzia, M. E., Lee, K. M., Lee, G. E., Hanna, E. K., Spring, V. L. & Prinstein, M. J. (2013). The Nature of Pain Offset Relief in Nonsuicidal Self-Injury: A Laboratory Study. *Clinical Psychological Science*, 1(2), 110–119.
- Frías, Á. & Palma, C. (2015). Comorbidity between Post-Traumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder: A Review. *Psychopathology* 2015;48:1–10, 48(1), 1–10.
- Gast, U., Rodewald, F., Hofmann, A., Mattheß, H., Nijenhuis, E., Reddemann, L. & Emrich, H. M. (2006). Die dissoziative Identitätsstörung–häufig fehldiagnostiziert. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(47), 3193–200.

- Gast, U., Rodewald, F., Kersting, A. & Emrich, H. M. (2001). Diagnostik und Therapie Dissoziativer (Identitäts-) Störungen. *Psychotherapeut*, 46(5), 289–300.
- Gelman, A. & Hill, J. (2007). *Data Analysis Using Regression and Multilevel/Hierarchical Models*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Gerger, H., Munder, T. & Barth, J. (2014). Specific and Nonspecific Psychological Interventions for PTSD Symptoms: A Meta-Analysis With Problem Complexity as a Moderator. *Journal of clinical psychology*, 70(7), 601–615.
- Giesbrecht, T., Merckelbach, H. & Geraerts, E. (2007). The dissociative experiences taxon is related to fantasy proneness. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(9), 769–772.
- Ginzburg, K., Koopman, C., Butler, L. D., Palesh, O., Kraemer, H. C., Classen, C. C. & Spiegel, D. (2006). Evidence for a Dissociative Subtype of Post-Traumatic Stress Disorder Among Help-Seeking Childhood Sexual Abuse Survivors. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(2), 7–27.
- Glaesmer, H., Matern, B., Rief, W., Kuwert, P. & Braehler, E. (2015). Traumatisierung und posttraumatische Belastungsstörungen: Auswirkung von Art und Anzahl traumatischer Erfahrung. *Der Nervenarzt*, 7, 800–817.
- Gleaves, D. H., May, M. C. & Cardena, E. (2001). An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. *Clinical Psychology Review*, 21(4), 577–608.
- Grabe, H.-J., Rainermann, S., Spitzer, C., Gänicke, M. & Freyberger, H. (2000). The relationship between dimensions of alexithymia and dissociation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 128–131.
- Gratz, K. L. & Tull, M. T. (2012). Exploring the relationship between posttraumatic stress disorder and deliberate self-harm: The moderating roles of borderline and avoidant personality disorders. *Psychiatry Research*, 199(1), 19–23.
- Groß, L. J., Stemmler, M., Erim, Y. & de Zwaan, M. (2015). Ressourcenaktivierung und Therapieerfolg in der (teil) stationären Psychosomatik. *PPmP: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 65(03/04), 104–111.
- Grün, B. & Leisch, F. (2008). FlexMix Version 2: Finite Mixtures with Concomitant Variables and Varying and Constant Parameters. *Journal of Statistical Software*, 28(4).

- Gutner, C. A., Gallagher, M. W., Baker, A. S., Sloan, D. M. & Resick, P. A. (2015). Time Course of Treatment Dropout in Cognitive–Behavioral Therapies for Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, Advance online publication. doi: 10.1037/tra0000062.
- Hadouch, K. & Steil, R. (2014). Das Gefühl des Beschmutzt-Seins nach sexualisierter Gewalt im Kindes- und Jugendalter - Phänomenologie und Intervention. *Psychotherapie im Dialog (PiD)*, 15(1), 36–39.
- Handley, M., Schillinger, D. & Shiboski, S. (2011). Quasi-experimental designs in practice-based research settings: Design and implementation considerations. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(5), 589–596.
- Harfst, T., Dirmmaier, J., Koch, U. & Schulz, H. (2004). Entwicklung und psychometrische Überprüfung einer multidimensionalen Kurzform des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme. *DRV-Schriften*, 52, 53–55.
- Harman, R. & Lee, D. (2010). The role of shame and self-critical thinking in the development and maintenance of current threat in post-traumatic stress disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 17(1), 13–24.
- Harned, M., Korslund, K., Foa, E. & Linehan, M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: development and preliminary evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol. *Behaviour Research and Therapy*, 50(6), 381–386.
- Harned, M. S., Jackson, S. C., Comtois, K. A. & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy as a precursor to PTSD treatment for suicidal and/or self-injuring women with borderline personality disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 421–429.
- Harned, M. S. & Korslund, K. E. (2015). Treating PTSD and Borderline Personality Disorder. In U. Schnyder & M. Cloitre (Hrsg.), *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders: A Practical Guide for Clinicians*, (S. 331–346). New York: Springer.
- Harned, M. S., Korslund, K. E. & Linehan, M. M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 55(0), 7–17.
- Harned, M. S. & Linehan, M. M. (2008). Integrating dialectical behavior therapy and prolonged exposure to treat co-occurring borderline personality disorder and PTSD: Two case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(3), 263–276.

- Harned, M. S., Rizvi, S. L. & Linehan, M. M. (2010). Impact of Co-Occurring Posttraumatic Stress Disorder on Suicidal Women With Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1210–1217.
- Harned, M. S., Ruork, A. K., Liu, J. & Tkachuck, M. A. (2015). Emotional Activation and Habituation During Imaginal Exposure for PTSD Among Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 253–257.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. & Guerrero, L. F. (2005). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35(1), 35–54.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hazlett, E. A., Zhanga, J., New, A. S., Zelmanovaa, Y., Goldstein, K. E. M., Haznedar, M. M., Meyerson, D., Goodman, M., Siever, L. J. & Chu, K. (2012). Potentiated amygdala response to repeated emotional pictures in borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 72, 448–456.
- Heidenreich, T., Ströhle, G. & Michalak, J. (2006). Achtsamkeit: Konzeptuelle Aspekte und Ergebnisse zum Freiburger Achtsamkeitsfragebogen. *Verhaltenstherapie*, 16(1), 33–40.
- Heinz, P. & Pfitzer, F. (2014). Störungsspezifisches stationäres Behandlungsprogramm für komplex traumatisierte Erwachsene: Konzept der Traumastation der Klinik St. Irmingard in Prien am Chiemsee. *Trauma - Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*, 1(1), 26–37.
- Heinz, P. & Wild, G. (2012). Mit der Phobie vor der Wahrnehmung von Gefühlen und Körperempfindungen umgehen lernen - Ein störungsspezifisches Gruppenkonzept für Patientinnen mit komplexen Traumafolgestörungen. In M. Huber & R. Plassmann (Hrsg.), *Transgenerationale Traumatisierung* (S. 152–167). Paderborn: Junfermann.
- Hembree, E., Foa, E., Dorfan, N. M., Street, G. P., Kowalski, J. & Tu, X. (2003). Do Patients Drop Out Prematurely from Exposure Therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress*, 16, 555–562.
- Herman, J. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5(3), 377–391.

- Hillis, S. D., Anda, R. F., Felitti, V. J. & Marchbanks, P. A. (2001). Adverse childhood experiences and sexual risk behaviors in women: a retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives*, 33, 206–211.
- Ho, M. & Lee, C. (2012). Cognitive behaviour therapy versus eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic disorder - is it all in the homework then? *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 253–260.
- Hofmann, A. & Sack, M. (2006). EMDR in der Behandlung von Patienten mit chronisch komplexer PTBS und schweren dissoziativen Störungen. In F. Lamprecht (Hrsg.), *Praxisbuch EMDR*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Holmes, E. A. & Mathews, A. (2010). mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 349–362.
- Horn, S. & Gassaway, J. (2007). Practice-based evidence study design for comparative effectiveness research. *Medical care*, 45(10), 50–57.
- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (1994). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme - Deutsche Version (IIP-D)*. Weinheim: Beltz.
- Hothorn, T., Hornik, K. & Zeileis, A. (2006). Unbiased Recursive Partitioning: A Conditional Inference Framework. *Journal of Computational and Graphical Statistics*, 15(3), 651–674.
- Hothorn, T. & Zeileis, A. (2014). *partykit: A Modular Toolkit for Recursive Partytioning in R. Working Paper 2014-10* (Tech. Rep.). Working Papers in Economics and Statistics, Research Platform Empirical and Experimental Economics, Universitaet Innsbruck.
- Hu, L.-t. & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological methods*, 3(4), 424.
- Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M. & Simpson, T. L. (2013). Meta-Analysis of Dropout in Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 394–404.
- Ironson, G. I., Freund, B., Strauss, J. L. & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: a community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 113–128.
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B. & McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: description, application, and alternatives. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(3), 300–307.

- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12–19.
- Jaffe, A. E., DiLillo, D., Hoffman, L., Haikalis, M. & Dykstra, R. E. (2015). Does it Hurt to Ask? A Meta-Analysis of Participant Reactions to Trauma Research. *Clinical Psychology Review*, 40, 40–56.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: Félix Alcan. (Original work published 1889)
- Jayawickreme, N., Cahill, S. P., Riggs, D. S., Rauch, S. A., Resick, P. A., Rothbaum, B. O. & Foa, E. B. (2014). Primum non nocere (first do no harm): Symptom worsening and improvement in female assault victims after prolonged exposure for PTSD. *Depression and anxiety*, 31(5), 412–419.
- Jedidi, K., Ramaswamy, V. & DeSarbo, W. S. (1993). A maximum likelihood method for latent class regression involving a censored dependent variable. *Psychometrika*, 58(3), 375–394.
- Jepsen, E. K., Langeland, W., Sexton, H. & Heir, T. (2014). Inpatient treatment for early sexually abused adults: A naturalistic 12-month follow-up study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(2), 142–151.
- Jepsen, E. K., Svagaard, T., Thelle, M. I., McCullough, L. & Martinsen, E. W. (2009). Inpatient treatment for adult survivors of childhood sexual abuse: A preliminary outcome study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(3), 315–333.
- Jung, K., Dyer, A., Priebe, K., Stangier, U. & Steil, R. (2011). Das Gefühl des Beschmutztseins bei erwachsenen Opfern sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend. *Verhaltenstherapie*, 21(4), 247–253.
- Jung, T. & Wickrama, K. (2008). An Introduction to Latent Class Growth Analysis and Growth Mixture Modelling. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(1), 302–317.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte.

- Karam, E. G., Friedman, M. G., Hill, E. D., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Sampson, L., Shahly, V., Angermeyer, M. C., Bromet, E. J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Ferry, F., Florescu, S. E., Haro, J. M., He, Y., Karam, A. N., Kawakami, N., Kovess-Masfety, V., Medina-Mora, M. E., Browne, J. A., M. A. Posada-Villa, Shalev, A. Y., Stein, D. J., Vioana, M. C., Zarkov, Z. & Koenen, K. C. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12 month PTSD in the world mental health (WMH) surveys. *Depression and Anxiety*, 31, 130–142.
- Kearney, D. J., McDermott, K., Malte, C., Martinez, M. & Simpson, T. L. (2012). Association of participation in a mindfulness program with measures of PTSD, depression and quality of life in a veteran sample. *Journal of clinical psychology*, 68(1), 101–116.
- Kearney, D. J., McDermott, K., Malte, C., Martinez, M. & Simpson, T. L. (2013). Effects of participation in a mindfulness program for veterans with posttraumatic stress disorder: A randomized controlled pilot study. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 14–27.
- Keeley, J. (2014, November). *Results of internet-based field studies for ICD-11 disorders specifically associated with stress*. PTSD and related disorders: Further progress in ICD-11 development at WHO. The 30th annual conference of the International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) (Chair: A. Maercker) Miami, Florida.
- Keller, S. M., Feeny, N. C. & Zoellner, L. A. (2014). Depression sudden gains and transient depression spikes during treatment for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 102–111.
- Kenardy, J. & Ball, K. (1998). Disordered eating, weight dissatisfaction and dieting in relation to unwanted childhood sexual experiences in a community sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3), 327–337.
- Kenward, M. G. & Roger, J. H. (1997). Small sample inference for fixed effects from restricted maximum likelihood. *Biometrics*, 53(3), 983–997.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048–1060.
- Kimbrough, E., Magyari, T., Langenberg, P., Chesney, M. & Berman, B. (2010). Mindfulness intervention for child abuse survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 66(1), 17–33.

- King, A. P., Erickson, T. M., Giardino, N. D., Favorite, T., Rauch, S. A., Robinson, E., Kulkarni, M. & Liberzon, I. (2013). A Pilot Study of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Depression and Anxiety*, 30(7), 638–645.
- Kingdon, D. G., Ashcroft, K., Bhandari, B., Gleeson, S., Warikoo, N., Symons, M., Taylor, L., Lucas, E., Mahendra, R., Ghosh, S. et al. (2010). Schizophrenia and borderline personality disorder: similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(6), 399–403.
- Kleindienst, N., Bohus, M., Ludäscher, P., Limberger, M. F., Kuenkele, K., Ebner-Priemer, U. W., Chapman, A. L., Reicherzer, M., Stieglitz, R. D. & Schmahl, C. (2008). Motives for Nonsuicidal Self-Injury Among Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 196(3), 230–236.
- Kleindienst, N., Limberger, M. F., Ebner-Priemer, U. W., Keibel-Mauchnik, J., Dyer, A., Berger, M., Schmahl, C. & Bohus, M. (2011). Dissociation predicts poor response to dialectical behavioral therapy in female patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 25(4), 432–447.
- Kleindienst, N., Priebe, K., Borgmann, E., Cornelisse, S., Krüger, A., Ebner-Priemer, U., & Dyer, A. (2014). Body self-evaluation and physical scars in patients with borderline personality disorder: an observational study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1, 2.
- Klinitzke, G., Romppel, M., Häuser, W., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2012). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) – psychometrische Eigenschaften in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 62, 47–51.
- Klonsky, E. D. & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 192(3), 166–170.
- Kluft, R. P. (1987). First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144(3), 293–298.
- Knefel, M., Garvert, D. W., Cloitre, M. & Lueger-Schuster, B. (2015). Update to an evaluation of ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse by Knefel & Lueger-Schuster (2013): a latent profile analysis. *European journal of psychotraumatology*, 6, doi: 10.3402/ejpt.v6.25290.

- Knefel, M. & Lueger-Schuster, B. (2013). An evaluation of ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, doi: 10.3402/ejpt.v4i0.22608.
- König, J., Onnen, M., Karl, R., Rosner, R. & Butollo, W. (2015). Interpersonal Subtypes and Therapy Response in Patients Treated for Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, epub ahead of print.
- Korn, D. & Leeds, A. (2002). Preliminary Evidence of Efficacy for EMDR Resource Development and Installation in the Stabilization Phase of Treatment of Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58(12), 1465–1487.
- Korzekwa, M. I., Dell, P. F., Links, P. S., Thabane, L. & Fougere, P. (2009). Dissociation in borderline personality disorder: A detailed look. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(3), 346–367.
- Krakow, B., Hollifield, M., Johnston, L., Koss, M., Schrader, R., Warner, T. D., Tandberg, D., Lauriello, J., McBride, L., Cutchen, L., Cheng, D., Emmons, S., Germain, A., Melendrez, D., Sandoval, D. & Prince, H. (2001). Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 286(5), 537–545.
- Kriebel, R., Paar, G. H., Schmitz-Buhl, S. M. & Raatz, U. (2001). Veränderungsmessung mit dem Veränderungsfragebogen (VEV): Entwicklung einer Kurzform und deren Anwendung in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis: Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 53, 20–32.
- Kröger, C., Kliem, S., Bayat Sarmadi, N. & Kosfelder, J. (2010). Versorgungsrealität bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(2), 116–127.
- Krüger, A., Ehring, T., Priebe, K., Dyer, A. S., Steil, R. & Bohus, M. (2014). Sudden losses and sudden gains during a DBT-PTSD treatment for posttraumatic stress disorder following childhood sexual abuse. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, doi: 10.3402/ejpt.v5.24470.
- Krüger, A., Kleindienst, N., Priebe, K., Dyer, A. S., Steil, R., Schmahl, C. & Bohus, M. (2014a). Non-suicidal self-injury during an exposure-based treatment in patients with posttraumatic stress disorder and borderline features. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 136–141.
- Kubany, E. S. & Manke, F. P. (1995). Cognitive Therapy for Trauma-Related Guilt: Conceptual Bases and Treatment Outlines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 27–61.

- Kubany, E. S. & Watson, S. B. (2002). Cognitive Trauma Therapy for Formerly Battered Women With PTSD: Conceptual Bases and Treatment Outlines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 111–127.
- Kubany, E. S. & Watson, S. B. (2003). Guilt: Elaboration of a multidimensional model. *The Psychological Record*, 53, 51–90.
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for *t*-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4, 863.
- Lampe, A., Barbist, M.-T., Gast, U., Reddemann, L. & Schüssler, G. (2014). Long-Term Course in Female Survivors of Childhood Abuse after Psychodynamically Oriented, Trauma-Specific Inpatient Treatment: A Naturalistic Two-Year Follow-Up. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 60(3), 267–282.
- Lampe, A., Mitmansgruber, H., Gast, U., Schüssler, G. & Reddemann, L. (2008). Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationären Setting. *Neuropsychiatrie*, 22(3), 189–197.
- Lanius, R. A., Frewen, P. A., Vermetten, E. & Yehuda, R. (2010). Fear conditioning and early life vulnerabilities: two distinct pathways of emotional dysregulation and brain dysfunction in PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 1, doi: 10.3402/ejpt.v1i0.5467.
- Lapiz-Bluhm, M. D. & Peterson, A. L. (2014). Neurobehavioral Mechanisms of Traumatic Stress in Post-traumatic Stress Disorder. In C. M. Pariante & M. D. Lapiz-Bluhm (Hrsg.), *Current Topics in Behavioral Neurosciences 18* (S. 161–190). New York: Springer.
- Laugharne, R., Marshall, D., Laugharne, J. & Hassard, A. (2014). A Role for EMDR in the Treatment of Trauma in Patients Suffering From a Psychosis: Four Vignettes. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 19–24.
- Lee, D. A., Scragg, P. & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, 74(4), 451–466.
- Leichsenring, F. (2004). Randomized controlled versus naturalistic studies: A new research agenda. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(2), 137–151.
- Leichsenring, F., Leweke, F., Klein, S. & Steinert, C. (2015). The Empirical Status of Psychodynamic Psychotherapy-An Update: Bambi's Alive and Kicking. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(3), 129–148.

- Leichsenring, F. & Rüger, U. (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidenz Based Medicine (EBM). *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50, 203–217.
- Leisch, F. (2004). FlexMix: A General Framework for Finite Mixture Models and Latent Class Regression in R. *Journal of Statistical Software*, 11(8), 1–18.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453–461.
- Lin, D. (2012). *VIF: VIF Regression: A Fast Regression Algorithm For Large Data*. (R package version 1.0)
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Lis, S. & Bohus, M. (2013). Social Interaction in Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 15(2), 338.
- Little, R. J. & Rubin, D. B. (1987). *Statistical analysis with missing data*. New York: Wiley & Sons.
- Loewenstein, R. J. (1991). An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*(14), 567–604.
- Loranger, A. W., Janca, A. & Sartorius, N. (Hrsg.). (1997). *Assessment and diagnosis of personality disorders - The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE)*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Low, G., Jones, D., MacLeod, A., Power, M. & Duggan, C. (2000). Childhood trauma, dissociation and self-harming behaviour: A pilot study. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 269–278.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., , Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B. & Reid, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198–206.

- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B. & Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, 381(9878), 1683–1685.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Studie. *Nervenarzt*, 79, 577–586.
- Maercker, A. & Schützwohl, M. (1997). Long-term effects of political imprisonment: a group comparison study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(8), 435–442.
- Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version. *Diagnostica*, 44, 130–141.
- Maier, S., Kuelz, A. & Voderholzer, U. (2009). Traumatisierung und Dissoziationsneigung bei Zwangserkrankten: Ein Überblick. *Verhaltenstherapie - Praxis Forschung Perspektiven*, 19(4), 219–227.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. R. & Shafran, R. (2008). Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 181–191.
- Mantero, M. & Crippa, L. (2002). Eating disorders and chronic post traumatic stress disorder: Issues of psychopathology and comorbidity. *European Eating Disorders Review*, 10(1), 1–16.
- Markowitz, J. C., Petkova, E., Neria, Y., Van Meter, P. E., Zhao, Y., Hembree, E., Lovell, K., Biyanova, T. & Marshall, R. D. (2015). Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*.
- Marx, B. P. & Sloan, D. M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 569–583.
- Mauchnik, J., Ebner-Priemer, U. W., Bohus, M. & Schmahl, C. (2010). Classical Conditioning in Borderline Personality Disorder With and Without Posttraumatic Stress Disorder. *Zeitschrift für Psychologie*, 218(2), 80–88.

- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., Demment, C. C. & Fournier D, D. M., Schnurr PP. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 515–524.
- McHugh, T., Forbes, D., Bates, G., Hopwood, M. & Creamer, M. (2012). Anger in PTSD: is there a need for a concept of PTSD-related posttraumatic anger? *Clinical psychology review*, 32(2), 93–104.
- McLachlan, G. & Peel, D. (2004). *Finite mixture models*. New York: John Wiley & Sons.
- Meadows, E. & Foa, E. (1998). Intrusion, arousal, and avoidance. Sexual trauma survivors. In V. Follette, J. Ruzek & F. Abueg (Hrsg.), *Cognitive behavior therapies for trauma* (S. 100–123). New York: Guilford Press.
- Merckelbach, H. & Muris, P. (2001). The causal link between self-reported trauma and dissociation: A critical review. *Behaviour research and therapy*, 39(3), 245–254.
- Messman-Moore, T. L., Walsh, K. L. & DiLillo, D. K. (2010). Emotion Dysregulation and Risky Sexual Behavior in Revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 34, 967–976.
- Michalak, J., Heidenreich, T., Meibert, P. & Schulte, D. (2008). Mindfulness predicts relapse/recurrence in major depressive disorder after mindfulness-based cognitive therapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(8), 630–633.
- Moulton, S. J., Newman, E., Power, K., Swanson, V. & Day, K. (2015). Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse & Neglect*, 39(0), 167–174.
- Mowrer, O. H. (1951). Two-factor learning theory: summary and comment. *Psychological Review*, 58, 350–354.
- Muehlenkamp, J. J., Kerr, P. L., Bradley, A. R. & Larsen, M. A. (2010). Abuse subtypes and nonsuicidal self-injury: Preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(4), 258–263.
- Muthén, B. (2004). Latent variable analysis: Growth Mixture Modeling and related techniques for longitudinal data. In D. Kaplan (Hrsg.), *Handbook of quantitative methodology for the social sciences* (S. 345–368). Thousand Oakes, CA: Sage.
- Muthén, B., Asparouhov, T., Hunter, A. M. & Leuchter, A. F. (2011). Growth modeling with nonignorable dropout: alternative analyses of the STAR* D antidepressant trial. *Psychological methods*, 16(1), 17.

- Nagin, D. S. (2005). *Group-based modelling of development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Najavits, L. M. (2002). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Najavits, L. M. (2009). Psychotherapies for trauma and substance abuse in women: Review and policy implications. *Trauma, Violence & Abuse*, 10(3), 290–298.
- Najavits, L. M., Weiss, R. D. & Shaw, S. R. (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: a research review. *American Journal of Addiction*, 6, 273–283.
- Najavits, L. M., Weiss, R. D., Shaw, S. R. & Muenz, L. R. (1998). “Seeking safety”: Outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 437–456.
- Nakazawa, M. (2014). *fmsb: Functions for medical statistics book with some demographic data*. (R package version 0.5.1)
- Nappi, C. M., Drummond, S. P. & Hall, J. M. (2012). Treating nightmares and insomnia in posttraumatic stress disorder: a review of current evidence. *Neuropharmacology*, 62(2), 576–585.
- National Institute for Clinical Excellence. (2005). *Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care - National Clinical Practice Guideline Number 26*. Leicester, UK: Gaskell.
- Neumann, D. A., Houskamp, B. M., Pollock, V. E. & Briere, J. (1996). The Long-Term Sequelae of Childhood Sexual Abuse in Women: A Meta-Analytic Review. *Child Maltreatment*, 1(1), 6–16.
- Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie - Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie*, 18(2), 109–118.
- Nishith, P., Resick, P. & Griffin, M. (2002). Pattern of Change in Prolonged Exposure and Cognitive-Processing Therapy for Female Rape Victims With Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(4), 880–886.
- North, C. S. (2002). Somatization in survivors of catastrophic trauma: a methodological review. *Environmental Health Perspectives*, 110, 637–640.

- Norton, P. J. & Paulus, D. J. (in press). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders: Update on the Science and Practice. *Behavior Therapy*.
- Nylund, K., Asparouhov, T. & Muthén, B. (2007). Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: A Monte Carlo simulation study. *Structural Equation Modeling*, 14(4), 535–569.
- Olf, M., Vries, G.-J. de, Güzelcan, Y., Assies, J. & Gersons, B. P. (2007). Changes in cortisol and DHEA plasma levels after psychotherapy for PTSD. *Psychoneuroendocrinology*, 32(6), 619–626.
- Overkamp, B. (2005). *Differentialdiagnostik der dissoziativen Identitätsstörung (DIS) in Deutschland: Validierung der Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS)*. Unveröffentlichte Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität, München, Fakultät für Psychologie und Pädagogik.
- Overkamp, B., Hofmann, A., Huber, M. & Dammann, G. (1997). Dissoziative Identitätsstörung (DIS) – eine Persönlichkeitsstörung? *Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie (PTT)*, 2, 74–84.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52–73.
- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B. & Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the US population. *Journal of psychiatric research*, 44(16), 1190–1198.
- Paunovic, N. & Öst, L.-G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour research and therapy*, 39(10), 1183–1197.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S. & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of traumatic stress*, 10(1), 3–16.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46–59.
- Pitman, R. K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R. E., Macklin, M. L., Poire, R. E. & Steketee, G. S. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 17–20.

- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V. & Karatzias, A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 299–318.
- Powers, A., Cross, D., Fani, N. & Bradley, B. (2015). PTSD, emotion dysregulation, and dissociative symptoms in a highly traumatized sample. *Journal of psychiatric research*, 61, 174–179.
- Price, M., Kearns, M., Houry, D. & Rothbaum, B. O. (2014). Emergency department predictors of posttraumatic stress reduction for trauma-exposed individuals with and without an early intervention. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(2), 336.
- Priebe, K., Schmahl, C. & Stiglmayr, C. (2013). *Dissoziation - Theorie und Therapie*. Berlin: Springer.
- Priebe, K., Steil, R., Kleindienst, N., Dyer, A., Krüger, A. & Bohus, M. (2012). Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung nach sexuellem Missbrauch: Ein Überblick über die Datenlage. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 62(1), 5–17.
- Putnam, F. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269–278.
- R Core Team. (2014). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria.
- Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H.-U. & Schulz, H. (2009). Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (HEALTH-49). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55(2), 162–179.
- Rabung, S., Harfst, T., Koch, U. & Schulz, H. (2008, August). „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)“ – Referenzdaten zur verkürzten 49-Item-Version „HEALTH-49“ (Stand: 15.01.2007).
- Rash, C., Coffey, S., Baschnagel, J., Drobos, D. & Saladin, M. (2008). Psychometric Properties of the IES-R in Traumatized Substance Dependent Individuals with and without PTSD. *Addictive behaviors*, 33(8), 1039–1047.
- Reddeman, L. (2011). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT - Das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag.

- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. PITT. Das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reinders, A., Willemsen, A. & Vos, H. (2012). Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *Plos one*, 7(6), e39279.
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., Suvak, M. K., Wells, S. Y., Stirman, S. W. & Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 241–251.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C. & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 867–879.
- Resick, P. A., Suvak, M. K., Johnides, B. D., Mitchell, K. S. & Iverson, K. M. (2012). The impact of dissociation on PTSD treatment with cognitive processing therapy. *Depression and Anxiety*, 29(8), 718–730.
- Rodewald, F., Wilhelm-Göbbling, C., Emrich, H. M., Reddemann, L. & Gast, U. (2011). Axis-I comorbidity in female patients with dissociative identity disorder and dissociative identity disorder not otherwise specified. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(2), 122–131.
- Rodrigues, E., Wenzel, A., Ribeiro, M. P., Quarantini, L. C., Miranda-Scippa, A., de Sena, E. P. & de Oliveira, I. R. (2011). Hippocampal volume in borderline personality disorder with and without comorbid posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *European Psychiatry*, 26, 452–456.
- Rogers, R., Payne, J., Correa, A., Gillard, N. & Ross, C. (2009). A study of the SIRS with severely traumatized patients. *Journal of Personality Assessment*, 91, 429–438.
- Rogers, S. & Silver, S. M. (2002). Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 43–59.
- Rogerson, P. A. (2001). *Statistical methods for geography*. London: Sage.
- Rogosa, D. (1988). Myths about longitudinal research. In K. W. Schaie, R. T. Campbell, W. Meredith & S. C. Rawlings (Hrsg.), *Methodological issues in aging research* (S. 171–209). New York: Springer.

- Rogosa, D., Brandt, D. & Zimowski, M. (1982). A growth curve approach to the measure of change. *Psychological Bulletin*, 92, 726–748.
- Rogosa, D. & Willett, J. B. (1985). Understanding correlates of change by modeling individual differences in growth. *Psychometrika*, 50, 203–228.
- Rosen, C. S., Chow, H. C., Finney, J. F., Greenbaum, M. A., Moos, R. H., Sheikh, J. I. & Yesavage, J. A. (2004). VA practice patterns and practice guidelines for treating posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 213–222.
- Rosner, R. & Hagl, M. (2008). Die revidierte Impact of Event-Skala (IES-R). *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie*, 2(4), 240–243.
- Rosner, R., Henkel, C., Ginkel, K. & Mestel, R. (2010). Was passiert nach der stationären Stabilisierung mit komplex traumatisierten PTB-Patientinnen? Die Bedeutung von Stabilisierung und Konfrontation für die Behandlung traumatisierter Frauen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(2), 127–135.
- Ross, C. (1997). *Dissociative Identity Disorder: Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of multiple Personalities*. New York: Wiley.
- Ross, C. A. (1989). The dissociative disorders interview schedule: A structured interview. *Dissociation*, 2(3), 169–189.
- Ross, C. A., Ferrell, L. & Schroeder, E. (2014). Co-occurrence of dissociative identity disorder and borderline personality disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(1), 79–90.
- Ross, C. A., Miller, S. D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G. A. & Anderson, G. (1990). Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 31(2), 111–118.
- Rost, C. (2010). CIPOS- Constant Installation of Present Orientation an Safety. In C. Rost (Hrsg.), *Ressourcenarbeit mit EMDR*. Paderborn: Junfermann.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B. & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4), 539–555.
- Rothbaum, B., Astin, M. & Marsteller, F. (2005). Prolonged Exposure Versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD Rape Victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 607–616.

- Rufer, M., Held, D., Cremer, J., Fricke, S., Moritz, S., Peter, H. & Hand, I. (2006). Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 40–46.
- Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., Jacob, G., Corrigan, P. & Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 500–508.
- Rüsch, N., Schulz, D., Valerius, G., Steil, R., Bohus, M. & Schmahl, C. (2011). Disgust and implicit self-concept in women with borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 261(5), 369–376.
- Ruscio, A. M. & Holohan, D. R. (2006). Applying empirically supported treatments to complex cases: Ethical, empirical, and practical considerations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 146–162.
- Ruzek, J. I., Eftekhari, A., Rosen, C. S., Crowley, J. J., Kuhn, E., Foa, E. B., Hembree, E. A. & Karlin, B. E. (2014). Factors Related to Clinician Attitudes Toward Prolonged Exposure Therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 423–429.
- Sachsse, U. & Herbold-Schaar, W. (2015). Psychodynamische Therapie autoaggressiven Verhaltens. *Psychotherapeut*, 60(1), 13–17.
- Sachsse, U., Vogel, C. & Leichenring, F. (2006). Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTSD) and borderline personality disorder (BPD). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70, 125–144.
- Sack, M. (2010). *Schonende Traumatherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Sack, M., Boroske-Leiner, K. & Lahmann, C. (2010). Association of nonsexual and sexual traumatizations with body image and psychosomatic symptoms in psychosomatic outpatients. *General Hospital Psychiatry*, 32(3), 315–320.
- Sack, M. & Büttner, M. (2014). Sexuelle Störungen als Folge sexueller Traumatisierungen - Wie kann die Therapie gelingen? *Psychotherapie im Dialog (PiD)*, 15(1), 28–31.
- Sack, M., Sachsse, U., Overkamp, B. & Dulz, B. (2013). Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Der Nervenarzt*, 84, 608–614.

- Safer, D. L., Telch, C. F. & Chen, E. Y. (2009). *Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia*. New York: The Guilford Press.
- Samuels, E., Khalife, S., Alfonso, C., Alvarez, R. & Cohen, M. (2011). Early childhood trauma, posttraumatic stress disorder, and non-adherence in persons with AIDS: a psychodynamic perspective. *The journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 39(4), 633–650.
- Santangelo, P., Reinhard, I., Mussgay, L., Steil, R., Sawitzki, G., Klein, C., Trull, T., Bohus, M. & Ebner-Priemer, U. W. (2014). Specificity of affective instability in patients with borderline personality disorder compared to posttraumatic stress disorder, bulimia nervosa, and healthy controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 123, 258–272.
- Sar, V. (2011). Epidemiology of dissociative disorders: An overview. *Epidemiology Research International*, 2011, doi: 10.1155/2011/404538.
- Sar, V., Akyuz, G., Kugu, N., Ozturk, E. & Ertem-Vehid, H. (2006). Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(10), 1583–1590.
- Sar, V. & Ozturk, E. (2008). Psychotic symptoms in complex dissociative disorders. In A. Moskowitz, I. Schaafer & M. Dorahy (Hrsg.), *Psychosis, Trauma and Dissociation: Emerging Perspectives on Severe Psychopathology* (S. 165–175). New York: Wiley Press.
- Saß, H., Wittchen, H. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen-DSM-IV. Deutsche Bearbeitung u. Einleitung von H. Sass, H.-U. Wittchen, M. Zaudig*. Göttingen: Hogrefe.
- Schauer, M. & Elbert, T. (2010). Dissociation following traumatic stress. *Zeitschrift für Psychologie*, 218(2), 109–127.
- Scheiderer, E. M., Wood, P. K. & Trull, T. J. (2015). The comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder: revisiting the prevalence and associations in a general population sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2, 11.
- Schilling, C., Weidner, K., Schellong, J., Joraschky, P. & Pöhlmann, K. (2014). Patterns of Childhood Abuse and Neglect as Predictors of Treatment Outcome in Inpatient Psychotherapy: A Typological Approach. *Psychopathology*, 48(2), 91–100.

- Schimmenti, A. & Caretti, V. (2014). Dissociation as a transdiagnostic construct: A commentary on Ellert R. S. Nijenhuis' paper "Ten reasons for conceiving and classifying posttraumatic stress disorder as a dissociative disorder". *Psichiatria e Psicoterapia*, 33(1), epub ahead of print.
- Schmahl, C. & Stiglmayr, C. (2008). *Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen*. W. Kohlhammer Verlag.
- Schnurr, P. P., Chard, K. M., Ruzek, J. I., Chow, B. K., Shih, M.-C., Resick, P. A., Foa, E. B., Marx, B. P., Huang, G. D. & Lu, Y. (2015). Design of VA Cooperative Study# 591: CERV-PTSD, Comparative Effectiveness Research in Veterans with PTSD. *Contemporary clinical trials*, 41, 75–84.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Chow, B. K., Resick, P. A., Thurston, V., Orsillo, S. M., Haug, R., Turner, C. & Bernardy, N. (2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial. *Jama*, 297(8), 820–830.
- Schock, K., Rosner, R., Wenk-Ansohn, M. & Knaevelsrud, C. (2010). Retraumatisierung – Annäherung an eine Begriffsbestimmung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 60(7), 243–249.
- Schottenbauer, M., Glass, C., Arnkoff, D., Tendick, V. & Gray, S. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: review and methodological considerations. *Psychiatry*, 71(2), 134–168.
- Schwarz, G. (1978). Estimating the dimension of a model. *The Annals of Statistics*, 6(2), 461–464.
- Seidler, G. H. & Wagner, F. E. (2006). Comparing the Efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1515–1522.
- Shapiro, F. (1999). *EMDR - Grundlagen und Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- Shapiro, F. (2014). The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in Medicine: Addressing the Psychological and Physical Symptoms Stemming from Adverse Life Experiences. *The Permanente Journal*, 18(1), 71–77.
- Shapiro, S. (1987). Self-mutilation and self-blame in incest victims. *American Journal of Psychotherapy*, 41, 46–54.

- Shea, M. T., Zlotnick, C. & Weisberg, R. B. (1999). Commonality and specificity of personality disorder profiles in subjects with trauma histories. *Journal of Personality Disorders*, 13, 199–210.
- Siegel, D. J. (2007). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York: Norton.
- Singmann, H., Bolker, B. & Westfall, J. (2015). *afex: Analysis of Factorial Experiments*. (R package version 0.13-145)
- Southwick, S. M., Yehuda, R. & Giller Jr, E. L. (1993). Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1020–1023.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116, 340–362.
- Spanos, N. P. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder: A sociocognitive perspective. *Psychological Bulletin*, 116, 145–165.
- Spinazzola, J., Blaustein, M. & van der Kolk, B. A. (2005). Posttraumatic Stress Disorder Treatment Outcome Research: The Study of Unrepresentative Samples? 18(5), 425–436.
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J. & Grabe, H. J. (2007a). Dissociation predicts symptom-related treatment outcome in short-term inpatient psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(8), 682–687.
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J. & Grabe, H. J. (2007b). Pathologische Dissoziation-ein sinnvolles Konzept? *Trauma & Gewalt*, 1(1), 34–44.
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J. & Grabe, H. J. (2008). Symptomverschlechterung während stationärer Psychotherapie - Wer ist betroffen? *Die Psychodynamische Psychotherapie*, 7(1), 3–15.
- Spitzer, C., Freyberger, H., Brähler, E., Beutel, M. E. & Stieglitz, R. (2015). Teststatistische Überprüfung der Dissociative Experiences Scale-Taxon (DES-T). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 65(3/4), 134–139.
- Staddon, J. & Cerutti, D. (2003). Operant conditioning. *Annual review of psychology*, 54, 115–144.
- Steele, K., van Der Hart, O. & Nijenhuis, E. R. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 11–53.

- Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N. & Bohus, M. (2011). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: A pilot study of an intensive residential treatment program. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 102–106.
- Stein, D. J., Cloitre, M., Nemeroff, C. B., Nutt, D. J., Seedat, S., Shalev, A. Y., Wittchen, H.-U. & Zohar, J. (2009). Cape Town Consensus on Posttraumatic Stress Disorder. *CNS Spectrums*, 14(1 (Supplement 1)), 52–58.
- Stein, N. R., Dickstein, B. D., Schuster, J., Litz, B. T. & Resick, P. A. (2012). Trajectories of Response to Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *Behavior Therapy*, 43(4), 790–800.
- Stepp, S. & Pilkonis, P. (2008). Age-Related Differences in Individual DSM Criteria for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 427–432.
- Sulz, S. K. D., Gräff, U. & Jakob, C. (1998). Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung. Eine empirische Untersuchung der VDS-Persönlichkeitsskalen. *Psychotherapie*, 3, 46–56.
- Suzuki, N., Olson, D. H. & Reilly, E. C. (2008). Developing landscape habitat models for rare amphibians with small geographic ranges: a case study of Siskiyou Mountains salamanders in the western USA. *Biodiversity and conservation*, 17(9), 2197–2218.
- Swift, J. K. & Greenberg, R. P. (2014). A Treatment by Disorder Meta-Analysis of Dropout From Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 193–207.
- Taft, C. T., Watkins, L. E., Stafford, J. & Street, A. E. (2011). Posttraumatic Stress Disorder and Intimate Relationship Problems: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 22–33.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E. & Barrowclough, C. (1999). A Randomized Trial of Cognitive Therapy and Imaginal Exposure in the Treatment of Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 13–18.
- Taylor, S., Fedoroff, I. & Koch, W. (1999). Posttraumatic stress disorder due to motor vehicle accidents: Patterns and predictors of response to cognitive-behavior therapy. In E. Hickling & E. Blanchard (Hrsg.), *The international handbook of road traffic accidents & psychological trauma: Current understanding, treatment and law* (S. 353–374). New York: Elsevier Science Publishing.
- Taylor, T. F. (2015). The influence of shame on posttrauma disorders: have we failed to see the obvious? *European Journal of Psychotraumatology*, 6, doi: 10.3402/ejpt.v6.28847.

- Therneau, T., Atkinson, B. & Ripley, B. (2013). *rpart: Recursive Partitioning*. (R package version 4.1-3)
- Tritt, K., von Heymann, F., Zaudig, M., Loew, T., Benker, B., Bleichner, F., Buchmüller, R., Find-eisen, P., Galuska, J., Kalleder, W., Lettner, F., Michelitsch, B., Pfitzer, F., Stadtmüller, G. & Zaudig, M. (2003). Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehand-lung: Patientencharakterisierung und Behandlungsergebnisse anhand der Psy-BaDo-PTM. *Psychotherapie*, 8(1), 244–251.
- Tritt, K., von Heymann, F., Zaudig, M., Loew, T., Söllner, W., Fischer, H. F. & Bühner, M. (2010). Das ICD-10-Symptom-Rating (ISR): Zusammenhänge mit der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Diagnostik und Evaluation*, 3, 22–37.
- Tritt, K., von Heymann, F., Zaudig, M., Zacharias, I., Söllner, W. & Loew, T. (2008). Entwick-lung des Fragebogens „ICD-10-Symptom-Rating“ (ISR). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 54, 420–429.
- Twombly, J. H. (2000). Incorporating EMDR and EMDR adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(2), 61–81.
- Van de Schoot, R. (2015). Latent Growth Mixture Models to estimate PTSD trajectories. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(0), doi: 10.3402/ejpt.v6.27503.
- van den Berg, D. P. & van der Gaag, M. (2012). Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, epub ahead of print.
- van der Hart, O. (2012). The use of imagery in phase 1 treatment of clients with complex dissocia-tive disorders. *European Journal of Psychotraumatology*, 3(0), doi: 10.3402/ejpt.v3i0.8458.
- van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D. & Solomon, R. (2014). Dis-sociation of the Personality and EMDR Therapy in Complex Trauma-Related Disorders: Applications in Phases 2 and 3 Treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 33–48.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. & Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 413–423.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Solomon, R. (2010). Dissociation of the Personality in Complex Trauma-Related Disorders and EMDR: Theoretical Considerations. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 76–92.

- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2006). *The haunted self - Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton Professional Books.
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A. & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153, 83–93.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389–399.
- van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Korn, D. L. & Simpson, W. B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 37–46.
- van Dijke, A., Ford, J. D., van der Hart, O., Son, M. van, Heijden, P. van der & Buhning, M. (2012). Complex posttraumatic stress disorder in patients with borderline personality disorder and somatoform disorders. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(2), 162–168.
- van Minnen, A., Arntz, A. & Keijsers, G. (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: Predictors of treatment outcome and dropout. *Behaviour Research and Therapy*, 40(4), 439–457.
- van Minnen, A., Harned, M. S., Zoellner, L. & Mills, K. (2012). Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, doi: 10.3402/ejpt.v3i0.18805.
- van Minnen, A., Zoellner, L. A., Harned, M. S. & Mills, K. (2015). Changes in Comorbid Conditions After Prolonged Exposure for PTSD: a Literature Review. *Current Psychiatry Reports*, 17(3), 17.
- Van Ijzendoorn, M. H. & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16(5), 365–382.
- Walach, H., Buchheld, N., Büttenmüller, V., Kleinknecht, N., Grossman, P. & Schmidt, S. (2004). Empirische Erfassung der Achtsamkeit – die Konstruktion des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA) und weitere Validierungsstudien. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie*. (S. 727–770). Tübingen: DGVT.

- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N. & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness - The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1543–1555.
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., Everill, J. & Rouse, H. (2001). The utility of dimensional and categorical approaches to understanding dissociation in the eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 387–397.
- Waller, N., Putnam, F. W. & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1(3), 300–321.
- Waller, N. G. & Ross, C. A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(4), 499–510.
- Watkins, J. & Watkins, H. (1993). Ego-state therapy in the treatment of dissociative disorders. In R. P. Kluft & C. G. Fine (Hrsg.), *Clinical Perspectives on Multiple Personality Disorder* (S. 277–300). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Watson, D. (2003). Investigating the construct validity of the dissociative taxon: stability analyses of normal and pathological dissociation. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(2), 298–305.
- Weierich, M. R. & Nock, M. K. (2008). Posttraumatic stress symptoms mediate the relationship between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 39–44.
- Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale – Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Hrsg.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (S. 399–411). New York: Guilford Press.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester: Wiley.
- Westen, D., Novotny, C. & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631–663.
- Wickham & Hadley. (2007). Reshaping data with the reshape package. *Journal of Statistical Software*, 21(12).
- Widom, C. S. & Massey, C. (2015). A prospective examination of whether childhood sexual abuse predicts subsequent sexual offending. *JAMA Pediatrics*, 169(1), Advance online publication. doi: 10.1001/jamapediatrics.2014.3357.

- Wilms, B., Broda, M., Dinger-Broda, A. & Köllner, V. (2014). Zur Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen nach sexueller Traumatisierung - Ein Praxisbericht. *Psychotherapie im Dialog (PiD)*, 15(1), 70–77.
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H. J., Hill, A., Gast, U., Schlosser, N., Höpp, H., Beblo, T. & Driessen, M. (2010). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 60(11), 442–450.
- Wisniewski, L., Safer, D. & Chen, E. (2007). Dialectical behavior therapy and eating disorders. In L. Dimeff & K. Koerner (Hrsg.), *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications across disorders and settings* (S. 174–221). New York: Guilford Press.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Wolf, E. J., Miller, M. W., Kilpatrick, D., Resnick, H. S., Badour, C. L., Marx, B. P., Keane, T. M., Rosen, R. C. & Friedman, M. J. (2014). ICD-11 Complex PTSD in U.S. National and Veteran Samples: Prevalence and Structural Associations With PTSD. *Clinical Psychological Science*, Advance online publication. doi: 10.1177/2167702614545480.
- Wolfsdorf, B. A. & Zlotnick, C. (2001). Affect management in group therapy for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 169–181.
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., Skodol, A. E., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Bender, D. S., Rettew, J. B. & McGlashan, T. H. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(8), 510–518.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733–1739.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B. & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-Year Course of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 827–832.

- Zayfert, C., DeViva, J. C., Becker, C. B., Pike, J. L., Gillock, K. L. & Hayes, S. A. (2005). Exposure utilization and completion of cognitive behavioral therapy for PTSD in a “real world” clinical practice. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 637–645.
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)*. Weinheim: Beltz.
- Zlotnick, C., Hohlstein, L. A., Shea, M. T., Pearlstein, T., Recupero, P. & Bidadì, K. (1996). Relationship between sexual abuse and eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 129–134.
- Zlotnick, C., Johnson, D. M., Yen, S., Battle, C., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Gunderson, J. G., Bender, D. S. et al.. (2003). Clinical features and impairment in women with borderline personality disorder (BPD) with post-traumatic stress disorder (PTSD), BPD without PTSD, and other personality disorders with PTSD. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(11), 706–714.
- Zlotnick, C., Zakriski, A. L., Shea, M. T., Costello, E., Begin, A., Pearlstein, T. & Simpson, E. (1996). The long-term sequelae of sexual abuse: support for a complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 195–205.

Abbildungsverzeichnis

1.1	Selbstverletzendes Verhalten bei PTBS	15
1.2	Kriterien der Dissoziativen Identitätsstörung nach Dell	27
3.1	Venn Diagramm der geschilderten Belastung im CTQ (Cut-Off „moderat“)	86
3.2	Venn Diagramm der geschilderten Belastung im CTQ (Cut-Off „schwer“)	87
3.3	Symptombelastung im IES-R	90
3.4	Histogramm der DES-T-Scores	90
3.5	Histogramm der Depressions-Scores	92
3.6	Histogramm der Angst-Scores	92
3.7	Histogramm der somatoformen Beschwerde-Scores	94
3.8	Histogramm der Essstörungsscores	94
3.9	Histogramm der Zwangsscores	95
3.10	Klinische Signifikanz der Symptomverläufe im IES-R	106
3.11	Klinische Signifikanz der Symptomverläufe im ISR, Depressions- onsskala	107
3.12	Klinische Signifikanz der Symptomverläufe im ISR, Angstskala	108

3.13	Klinische Signifikanz der Symptomverläufe im ISR, Zwangsskala	110
3.14	Klinische Signifikanz der Symptomverläufe im ISR, Somatisierungsskala	111
3.15	Klinische Signifikanz der Symptomverläufe im ISR, Essstörungsskala	112
3.16	Klinische Signifikanz der Symptomverläufe im ISR, Zusatzskala	114
3.17	Klinische Signifikanz der Symptomverläufe im ISR, Gesamtskala	115
3.18	Klinische Signifikanz der Symptomverläufe im HEALTH-49, Skala Somatoforme Beschwerden	117
3.19	Klinische Signifikanz der Symptomverläufe hinsichtlich des Depressionsscores des HEALTH-49	118
3.20	Klinische Signifikanz der Symptomverläufe hinsichtlich der Skala Psychische und Somatoforme Beschwerden des HEALTH-49	120
3.21	Klinische Signifikanz der Symptomverläufe der HEALTH-49 Angstska- la	121
3.22	Klinische Signifikanz der Symptomverläufe hinsichtlich der Skala Psychisches Wohlbefinden des HEALTH-49	123
3.23	Klinische Signifikanz der Symptomverläufe hinsichtlich der HEALTH-49 Skala Interaktionelle Schwierigkeiten	124
3.24	Klinische Signifikanz der Symptomverläufe hinsichtlich der HEALTH-49 Skala Selbstwirksamkeit	126
3.25	Klinische Signifikanz der Symptomverläufe hinsichtlich der HEALTH-49-Skala Soziale Unterstützung	127
3.26	Klinische Signifikanz der Symptomverläufe hinsichtlich der HEALTH-49 Skala Soziale Belastung	129
3.27	Klinische Signifikanz der Symptomverläufe im DES-T	131

3.28	Klinische Signifikanz der Symptomverläufe im FFA	132
3.29	Histogramm der VEV-K Scores	133
3.30	Rootogramm der posterioren Wahrscheinlichkeiten der Klas- senzuordnung	138
3.31	IES-R Symptomverläufe in den drei Klassen	143
3.32	Klinische Signifikanz der Veränderungen der PTBS-Belastung im Zeitverlauf	145
3.33	CART-Modell	151
3.34	Klinische Signifikanz der Verbesserungen im ISR in den Klassen	163
3.35	Klinische Signifikanz der Verbesserungen im ISR-Gesamtscore in den Klassen	166
3.36	Klinische Signifikanz der Verbesserungen im HEALTH-49 in den Klassen	168
3.37	Klinische Signifikanz der Verbesserungen im DES-T in den Klassen	191
3.38	Klinische Signifikanz der Verbesserungen im FFA in den Klassen	195
3.39	Histogramme der VEV-K Scores in den Klassen	197

Tabellenverzeichnis

1.1	Kriterien der PTBS nach ICD–10	11
1.2	Einteilung traumatischer Ereignisse	12
1.3	Diagnostische Kriterien der Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified	17
1.4	ICD–10–Kriterien der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung	19
1.5	Dissoziative Störungen im ICD–10	25
1.6	Gruppenangebot auf der Psychotraumatologie–Station	44
2.1	Überblick über die Analyseschritte.	62
3.1	Soziodemographische Merkmale der Stichprobe	81
3.2	Stationäre Vorbehandlungen	83
3.3	Suizidversuche in der Anamnese	84
3.4	Ergebnisse im Childhood Trauma Questionnaire	85
3.5	Suchtkomorbidiäten	98
3.6	Komorbide schizotype und wahnhaftige Störungen	99
3.7	Komorbide Affektive Störungen	99
3.8	Komorbide Angst- und Zwangsstörungen	100
3.9	Komorbide Essstörungen	100

3.10	Komorbide Somatoforme Störungen	101
3.11	Komorbide dissoziative Störungen	101
3.12	78 der 139 PatientInnen (56.1%) weisen eine umschriebene Persönlichkeitsstörung auf.	102
3.13	Psychopharmakologische und analgetische Medikation im The- rapieverlauf	104
3.14	Identifikation der Anzahl von Verläufsklassen des IES-R-Scores	136
3.15	Vergleich der gemischten linearen Modelle des IES-R Scores im Zeitverlauf	144
3.16	Subgruppenunterschiede in der testpsychologischen Untersu- chung bei Aufnahme	147
3.17	Fehleranalyse der Klassifikationsbaummodelle	150
3.18	Vergleich der gemischten linearen Modelle des ISR-Depressionsscores im Zeitverlauf	153
3.19	Vergleich der gemischten linearen Modelle des ISR-Angstscores im Zeitverlauf	156
3.20	Vergleich der gemischten linearen Modelle des ISR-Zwangsscores im Zeitverlauf	158
3.21	Vergleich der gemischten linearen Modelle des ISR-Zusatzskalascor- es im Zeitverlauf	162
3.22	Vergleich der gemischten linearen Modelle des ISR-Gesamtscores im Zeitverlauf	165
3.23	Vergleich der gemischten linearen Modelle des Depressionssco- res des HEALTH-49 im Zeitverlauf	170

3.24 Vergleich der gemischten linearen Modelle des Angstscores des HEALTH-49 im Zeitverlauf	172
3.25 Vergleich der gemischten linearen Modelle der Skala Somatoforme Beschwerden des HEALTH-49 im Zeitverlauf	174
3.26 Vergleich der gemischten linearen Modelle der Skala Psychische und somatoforme Beschwerden des HEALTH-49 im Zeitverlauf	177
3.27 Vergleich der gemischten linearen Modelle der Skala Psychisches Wohlbefinden des HEALTH-49 im Zeitverlauf	179
3.28 Vergleich der gemischten linearen Modelle der Skala Interaktionelle Schwierigkeiten des HEALTH-49 im Zeitverlauf	182
3.29 Vergleich der gemischten linearen Modelle der Skala Selbstwirksamkeit des HEALTH-49	184
3.30 Vergleich der gemischten linearen Modelle der HEALTH-49-Skala Soziale Belastung im Zeitverlauf	186
3.31 Vergleich der gemischten linearen Modelle der Skala Soziale Unterstützung des HEALTH-49 im Zeitverlauf	188
3.32 Vergleich der gemischten linearen Modelle des DES-T-Scores im Zeitverlauf	190
3.33 Vergleich der gemischten linearen Modelle des FFA-Scores im Zeitverlauf	194

Appendices

Anhang A

Code selbständig verfasster R-Funktionen

A.1 Zweiseitiger Wilcoxon-Test mit Kontinuitätskorrektur

```
wcd <- function(m,n){  
  x3<- wilcox.test(m, n, alternative="two.sided", exact=F, paired=T)  
  z.score <- qnorm(x3$p.value/2)  
  list<-c(round(z.score,2),round(x3$p.value,3))  
  return(list)  
}
```

A.2 Cohens d_z für abhängige Stichproben nach Lakens (2013)

```
dtes <- function(x1,x2){  
  x3<-(x1-x2)  
  mdiff<-mean(x1,na.rm=TRUE)-mean(x2,na.rm=TRUE)  
  dz<-(mdiff)/sqrt(sum((x3-mdiff)^2)/(length(x1)-1))  
  return(dz)  
}
```

A.3 Korrigiertes R^2 für lineare gemischte Modelle

```
R2LMER <- function(LMERMODEL) {  
  TSV1860 <- lm(model.response(model.frame(LMERMODEL))  
    ~ fitted(LMERMODEL))  
  summary(TSV1860)$r.squared  
}
```

Anhang B

Diagnostica

Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS)

Erstellt auf der Grundlage des SIDES-Interviews. Autoren: Van der Kolk, Pelcovitz, Herman, Roth, Kaplan, Waldinger, Guastella, Spitzer (1999); dt. Übersetzung und Bearbeitung: Sack, Hofmann (2001)

Bitte lesen Sie die Fragen im Interview laut vor. eingeschätzt werden soll das Vorliegen der entsprechenden Symptomatik im letzten Monat. Eine kurze Beschreibung der Bewertungskriterien findet sich in Klammern.

Kodierung:

- 1 = nicht vorhanden
- 2 = vorhanden, jedoch nicht kriteriumsgemäß ausgeprägt
- 3 = sicher vorhanden und kriteriumsgemäß ausgeprägt
- ? = zu wenig Information, nicht einschätzbar

Instruktion:

Ich lese Ihnen einige Aussagen vor, die Schwierigkeiten beschreiben, die manche Menschen nach schweren Belastungen erleben. Bitte geben Sie an, ob die Aussage in bezug auf den letzten Monat zutrifft.

I. Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen

a) Stimmungsschwankungen mit Unfähigkeit sich selbst zu beruhigen

- 1.) Sind Sie schon durch kleine Probleme aus der Fassung zu bringen? Werden Sie beispielsweise schon bei einer geringen Frustration wütend, oder weinen Sie leicht?

(Übermäßig starke emotionale Erregung schon bei geringem Anlaß)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

- 2.) Haben Sie Schwierigkeiten, wieder Abstand zu gewinnen und sich zu beruhigen, wenn Sie innerlich aufgewühlt sind?

(Unfähigkeit Abstand von belastenden Emotionen zu gewinnen)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

- 3.) Fällt es Ihnen schwer, Möglichkeiten zu finden, um zur Ruhe zu kommen?

(Beruhigung erfordert ganze Energie oder Einsatz extremer Mittel z.B. Alkohol, Drogen, Selbstverletzendes Verhalten)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

b) Verminderte Steuerungsfähigkeit von aggressiven Impulsen

4.) Sind Sie meistens irgendwie ärgerlich?

(Ärger dominiert so sehr, daß die Erledigung von Alltagsaufgaben behindert wird)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

5.) Haben Sie Gedanken und Vorstellungen, jemanden zu verletzen?

(Zumindest täglich Gedanken andere Menschen zu verletzen)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

6.) Fällt es Ihnen schwer, Ihren Ärger zu kontrollieren?

(Anschreien von anderen Menschen, Werfen von Gegenständen oder körperlicher Angriff)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

7.) Machen Sie sich Sorgen darüber, wie andere Leute reagieren wenn sie merken würden, wieviel Wut Sie in sich haben?

(Äußert oder zeigt einer anderen Person niemals offen Ärger)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

c) Autodestruktive Handlungen und Selbstverletzen

8.) Passieren Ihnen häufig Unfälle oder kommen Sie oft nur knapp daran vorbei, einen Unfall zu haben?

(Mindestens 2 ernsthafte Unfälle in den letzten 6 Monaten)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

9.) Sind Sie nachlässig, was Ihre Sicherheit betrifft?

(Es werden nicht-kalkulierbare Risiken in Bezug auf potentiell gefährliche Personen oder unsichere Orte eingegangen)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

10.) Haben Sie versucht, sich absichtlich selbst zu verletzen, etwa durch Schnittverletzungen oder Verbrennungen?

(Selbstverletzen in der Form von Kneifen, Kratzen, Schlagen, Schneiden u.a.)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

d) Suizidalität

11.) Haben Sie daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?

(Suizidversuch, parasuizidale Handlungen oder häufige Suizidgedanken)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

e) Störungen der Sexualität

12.) Ist es Ihnen unangenehm, körperlich berührt zu werden?

(Körperliche Berührungen werden regelmäßig vermieden oder überhaupt nicht toleriert)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

13.) Vermeiden Sie es, an Sexualität zu denken oder sich sexuell zu betätigen?

(Gedanken an Sex oder Sexualkontakte werden vermieden oder können überhaupt nicht toleriert werden)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

14.) Denken Sie mehr an Sex, als Ihnen lieb ist, bzw. fühlen Sie eine Art inneren Zwang, sich sexuell zu betätigen?

(Die gedankliche Beschäftigung mit Sex hat zwanghafte Züge und verhindert die Teilnahme an anderen Aktivitäten)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

15.) Gehen Sie sexuelle Kontakte ein, bei denen Sie wissen, daß Sie sich dabei möglicherweise in Gefahr bringen?

(Offensichtliche Gefahr und Bedrohung wird allenfalls retrospektiv erkannt, bzw. der Betreffende bringt sich selbst wesentlich im Zusammenhang mit sexuellen Kontakten in Gefahr)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

f) Exzessives Risikoverhalten

16.) Setzen Sie sich gefährlichen Situationen aus? Kommen Sie beispielsweise mit Leuten zusammen, die Ihnen etwas antun könnten, oder halten Sie sich an unsicheren Orten auf oder fahren Sie zu schnell?

(Erkennt offensichtlich gefährliche Situationen und Bedrohung allenfalls retrospektiv, oder bringt sich wissentlich selbst in Gefahr)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

II) Störungen der Wahrnehmung oder des Bewußtseins

a) Amnesien

17.) Können Sie sich an Teile Ihres Lebens nicht erinnern? Sind sie beispielsweise unsicher, ob bestimmte wichtige Dinge Ihnen tatsächlich passiert sind oder nicht?

(Bedeutende Gedächtnislücken im Alltag oder längere Perioden fehlender Erinnerung in Bezug auf die Lebensgeschichte)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

b) Dissoziative Episoden und Depersonalisation

18.) Haben Sie Schwierigkeiten, Ihren Alltag zu planen und zu organisieren?

(Kommt ständig zur falschen Zeit an den falschen Ort, bzw. hat deshalb Schwierigkeiten in der alltäglichen Lebensführung)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

19.) Klinken Sie sich innerlich aus der realen Welt aus, wenn Sie Angst haben oder unter Streß stehen?

(Derealisation mit Rückzug in eine eigene Welt oder Gefühl, als ob die eigene Existenz aufhört)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

20.) Empfinden Sie sich manchmal als unwirklich, so als wären Sie in einem Traum oder als wären Sie gar nicht wirklich anwesend?

(Depersonalisation mit starkem Gefühl von Irrealität, verbunden mit Schwierigkeiten in die Wirklichkeit zurückzukehren)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

21.) Haben Sie manchmal das Gefühl, daß es in Ihnen mehrere Personen gibt, die zu verschiedenen Zeiten steuern, wie Sie sich verhalten?

(Unterschiedliche Persönlichkeitsanteile kämpfen um Kontrolle des Verhaltens oder kontrollieren dieses zu unterschiedlichen Zeiten)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

III. Störungen der Selbstwahrnehmung

a) Unzureichende Selbstfürsorge

22.) Haben Sie das Gefühl, daß Sie im Grunde keinen Einfluß darauf haben, was in Ihrem Leben passiert?

(Der Betreffende hält sich permanent nicht an Verabredungen und Absprachen wie z.B. jemanden telefonisch zurückzurufen oder vernachlässigt die Selbstfürsorge z.B. Einkaufen, Körperhygiene, Essen)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

b) Gefühl, dauerhaft zerstört zu sein

23.) Haben Sie das Gefühl, daß etwas mit Ihnen nicht stimmt, was nie wieder heilen kann?

(Gefühl auf Dauer völlig oder teilweise zerstört worden zu sein)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

c) Schuldgefühle

24.) Fühlen Sie sich dauernd schuldig wegen aller möglichen Sachen?

(Schreibt sich permanent selbst die Schuld für Dinge zu, die schief laufen, auch wenn der Betreffende nichts damit zu tun hatte)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

d) Scham

25.) Schämen Sie sich so, daß Sie anderen nicht erlauben, Sie wirklich kennenzulernen? Vermeiden Sie beispielsweise Gespräche mit anderen Menschen oder spielen Sie ihnen etwas vor?

(Vermeidet sich den meisten Menschen gegenüber zu öffnen, aus Angst, daß andere die eigenen schlechten Seiten näher kennenlernen könnten)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

e) Gefühl, isoliert und abgeschnitten von der Umwelt zu sein

26.) Fühlen Sie sich fern von anderen Menschen und ganz anders als sie?

(Gefühl anders als alle anderen Menschen zu sein oder entfremdet von anderen Menschen zu sein)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

c) Bagatellisieren von gefährlichen Situationen

27.) Machen sich andere Menschen manchmal mehr Sorgen um Ihr Wohlergehen hinsichtlich potentiell gefährlicher oder gewalttätiger Situationen, als Sie selbst?

(Setzt sich potentiell gefährlichen Situationen aus z.B. betrunken Autofahren, Prostitution, oder begibt sich in eindeutige Gefahr für Leib und Leben)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

IV) Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen

a) Unfähigkeit, zu vertrauen

28.) Fällt es Ihnen schwer, anderen Menschen zu vertrauen?

(Kann erst vertrauen, nachdem andere Menschen ihre Vertrauenswürdigkeit immer wieder bewiesen haben oder vertraut prinzipiell niemandem)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

29.) Vermeiden Sie Kontakte zu anderen Menschen?

(Sucht keinen Kontakt zu anderen Menschen aus eigener Aktivität oder erwidert keine Kontaktangebote z.B. per Telefon oder Brief)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

30.) Haben Sie Schwierigkeiten, Meinungsverschiedenheiten und Konflikte auszutragen?

(Hat Schwierigkeiten, andere Standpunkte anzuhören oder einen eigenen Standpunkt zu beziehen oder bricht Kontakte aufgrund von Konflikten ohne Klärungsversuch ab.)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

b) Reviktimisierungen

31.) Geraten Sie immer wieder in Situationen, bei denen Ihre Grenzen verletzt werden?

(Findet sich selbst wiederholt in mißbrauchenden Beziehungen oder gefährlichen Situationen wieder)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

c) Viktimisierung anderer Menschen

32.) Haben Sie andere Menschen verletzt?

(Bekommt von anderen Menschen wiederholt gesagt, wie verletzend der Betreffende sein kann oder hat wiederholt absichtlich andere seelisch oder körperlich verletzt)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

V. Somatisierung

a) Somatoforme Beschwerden

33.) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen körperliche Beschwerden wie z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Bauchschmerzen, Erschöpfung, etc., ohne daß eine körperliche Erkrankung vorlag, bzw. ohne daß ein hinzugezogener Arzt eine körperliche Erkrankung feststellen konnte?

(Vorliegen mindestens eines erheblichen Körpersymptoms, das nicht ausreichend durch eine körperliche Erkrankung erklärbar ist)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

34.) War das Ausmaß dieser körperlichen Beschwerden so stark, daß Sie einen Arzt aufsuchen mußten, oder so stark, daß Sie in Ihrem Alltagsleben erheblich beeinträchtigt waren?

(Erhebliche Gesundheitseinschränkung oder Arztbesuch aufgrund der somatoformen Beschwerden)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

b) Hypochondrische Ängste

35.) Machen Sie sich über Ihre körperlichen Beschwerden Sorgen, oder denken Sie daran, an einer ernsthaften Erkrankung zu leiden, auch wenn Ihr Arzt sagt, daß alles in Ordnung ist?

(Erhebliche hypochondrische Ängste. Der Betreffende ist auch durch wiederholte ärztliche Versicherung nicht davon zu überzeugen, daß keine organische Erkrankung vorliegt)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

VI. Veränderungen von Lebenseinstellungen

a) Fehlende Zukunftsperspektive

36.) Fühlen Sie sich in Bezug auf die Zukunft hoffnungslos und pessimistisch?

(Fehlen einer Zukunftsplanung oder völlige Unfähigkeit an die Zukunft zu denken)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

37.) Haben Sie die Hoffnung aufgegeben, in einer Liebesbeziehung Glück zu finden?

(Der Betreffende kann keine liebevollen Empfindungen anderen Menschen gegenüber aufbringen oder fühlt sich anderen Menschen gegenüber so fremd, daß er sich nicht vorstellen kann, jemals für irgend jemanden Liebe zu empfinden)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

38.) Haben Sie Hoffnung aufgegeben, Befriedigung in der Arbeit zu finden?

(Arbeit wird nur noch als Last und ohne jede Befriedigung erlebt)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

b) Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen und Werten

39.) Hat das Leben für Sie seinen Sinn verloren?

(Sieht keinen Sinn im Leben, findet keinen Grund, für den es sich lohnt zu leben)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

40.) Hat sich Ihre Lebenseinstellung verändert oder haben Sie Ihre religiösen Überzeugungen verändert?

(Völlige Umwertung grundlegender Lebensüberzeugungen im Sinne einer Desillusionierung und Entwertung bis hin zur völligen Ablehnung der Werte und Ansichten, mit denen die Person aufwuchs)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

Auswertungsblatt IK-PTBS: aktuelles Vorliegen einer komplexen PTBS (DESNOS)

Auswertungskriterien adaptiert nach Pelcovitz et al. 1997

I. Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen

- | | | |
|--|----|------|
| a) Stimmungsschwankungen mit Unfähigkeit, sich selbst zu beruhigen (2 von 3 Items vorhanden) | ja | nein |
| b) Verminderte Steuerungsfähigkeit von aggressiven Impulsen (2 von 4 Items vorhanden) | ja | nein |
| c) Autodestruktive Handlungen und Selbstverletzen | ja | nein |
| d) Suizidalität | ja | nein |
| e) Störungen der Sexualität | ja | nein |
| f) Exzessives Risikoverhalten | ja | nein |

Mindestens a) und mind. ein Kriterium von b) - f) erfüllt	ja	nein
--	-----------	-------------

II. Störungen der Wahrnehmung oder des Bewußtseins

- | | | |
|--|----|------|
| a) Amnesien | ja | nein |
| b) Dissoziative Episoden und Depersonalisation | ja | nein |

Ein Kriterium von a) - b) erfüllt	ja	nein
--	-----------	-------------

III. Störungen der Selbstwahrnehmung

- | | | |
|--|----|------|
| a) Unzureichende Selbstfürsorge | ja | nein |
| b) Gefühl, dauerhaft zerstört zu sein | ja | nein |
| c) Schuldgefühle | ja | nein |
| d) Scham | ja | nein |
| e) Gefühl, isoliert und abgeschnitten von der Umwelt zu sein | ja | nein |
| f) Bagatellisieren von gefährlichen Situationen | ja | nein |

2 Kriterien von a) bis f) erfüllt	ja	nein
--	-----------	-------------

IV. Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen

- | | | |
|------------------------------------|----|------|
| a) Unfähigkeit zu vertrauen | ja | nein |
| b) Reviktimisierungen | ja | nein |
| c) Viktimisierung anderer Menschen | ja | nein |

Ein Kriterium von a) - c) erfüllt	ja	nein
--	-----------	-------------

V. Somatisierung

- | | | |
|---------------------------|----|------|
| a) Somatoforme Symptome | ja | nein |
| b) Hypochondrische Ängste | ja | nein |

Ein Kriterium von a) - b) erfüllt	ja	nein
--	-----------	-------------

VI. Veränderungen von Lebenseinstellungen

- | | | |
|---|----|------|
| a) Fehlende Zukunftsperspektive | ja | nein |
| b) Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen und Werten | ja | nein |

Ein Kriterium von a) - b) erfüllt	ja	nein
--	-----------	-------------

Vorliegen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung:

5 von 6 Störungsbereichen von I – VI vorhanden

ja	nein
-----------	-------------

Fragebogen zu Kindheitserlebnissen

Anleitung

Diese Fragen befassen sich mit einigen Ihrer Erfahrungen während Ihrer Kindheit und Jugend. Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, sie so ehrlich wie möglich zu beantworten. Kreisen Sie dazu bitte für jede Frage die Zahl ein, die am besten beschreibt, wie Sie rückblickend die Situation einschätzen.

Antwortbeispiel: 1 2 3 4 5

Als ich aufwuchs...

Trifft auf mich zu...

	über- haupt nicht	sehr selten	einige Male	häufig	sehr häufig
1. hatte ich nicht genug zu essen.	1	2	3	4	5
2. wusste ich, dass sich jemand um mich sorgte und mich beschützte.	1	2	3	4	5
3. bezeichneten mich Personen aus meiner Familie als "dumm", "faul" oder "häßlich".	1	2	3	4	5
4. waren meine Eltern zu betrunken oder von anderen Drogen "high", um für die Familie zu sorgen.	1	2	3	4	5
5. gab es jemanden in der Familie, der mir das Gefühl gab, wichtig und jemand Besonderes zu sein.	1	2	3	4	5
6. musste ich dreckige Kleidung tragen.	1	2	3	4	5
7. hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden.	1	2	3	4	5
8. glaubte ich, dass meine Eltern wünschten, ich wäre nie geboren.	1	2	3	4	5
9. wurde ich von jemandem aus meiner Familie so stark geschlagen, dass ich zum Arzt oder ins Krankenhaus mußte.	1	2	3	4	5
10. gab es nichts, was ich an meiner Familie ändern wollte.	1	2	3	4	5
11. schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, dass ich blaue Flecken oder Schrammen davontrug.	1	2	3	4	5
12. wurde ich mit einem Gürtel, einem Stock, einem Riemen oder mit einem harten Gegenstand bestraft.	1	2	3	4	5

Als ich aufwuchs...**Trifft auf mich zu...**

	über- haupt nicht	sehr selten	einige Male	häufig	sehr häufig
13. gaben meine Familienangehörigen aufeinander acht.	1	2	3	4	5
14. sagten Personen aus meiner Familie verletzende oder beleidigende Dinge zu mir.	1	2	3	4	5
15. Ich glaube, ich bin körperlich misshandelt worden, als ich aufwuchs.	1	2	3	4	5
16. hatte ich eine perfekte Kindheit.	1	2	3	4	5
17. wurde ich so stark geschlagen oder verprügelt, dass es jemandem (z.B. Lehrer, Nachbar oder Arzt) auffiel.	1	2	3	4	5
18. hatte ich das Gefühl, es hasste mich jemand in meiner Familie.	1	2	3	4	5
19. fühlten sich meine Familienangehörigen einander nah.	1	2	3	4	5
20. versuchte jemand, mich sexuell zu berühren oder mich dazu zu bringen, sie oder ihn sexuell zu berühren.	1	2	3	4	5
21. drohte mir jemand, mir weh zu tun oder Lügen über mich zu erzählen, wenn ich keine sexuellen Handlungen mit ihm oder ihr ausführen würde.	1	2	3	4	5
22. hatte ich die beste Familie der Welt.	1	2	3	4	5
23. versuchte jemand, mich dazu zu bringen, sexuelle Dinge zu tun oder bei sexuellen Dingen zuzusehen.	1	2	3	4	5
24. belästigte mich jemand sexuell.	1	2	3	4	5
25. Ich glaube, ich bin emotional (gefühlsmäßig) mißbraucht worden, als ich aufwuchs.	1	2	3	4	5
26. gab es jemanden, der mich zum Arzt brachte, wenn es sein mußte.	1	2	3	4	5
27. Ich glaube, ich bin während meiner Kindheit oder Jugendzeit sexuell mißbraucht worden.	1	2	3	4	5
28. war meine Familie mir eine Quelle der Unterstützung.	1	2	3	4	5
29. waren meine Eltern (Stiefeltern) oder andere Personen aus meiner Familie unberechenbar.	1	2	3	4	5
30. befürchtete ich, dass meine Familie jederzeit auseinanderbrechen könnte.	1	2	3	4	5
31. konnte ich mich in meiner Familie nicht sicher fühlen.	1	2	3	4	5

IES-R

Denken Sie bitte an den Vorfall: _____ (bitte eintragen).

Geben Sie im Folgenden an, wie Sie in der vergangenen Woche zu diesem Ereignis gestanden haben, indem Sie für jede der folgenden Reaktionen ankreuzen, wie häufig diese bei Ihnen aufgetreten ist.

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
1. Immer, wenn ich an das Ereignis erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich hatte Schwierigkeiten, nachts durchzuschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Andere Dinge erinnerten mich immer wieder daran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich fühlte mich reizbar und ärgerlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich versuchte, mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Auch ohne es zu beabsichtigen, mußte ich daran denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es kam mir so vor, als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich versuchte, Erinnerungen daran aus dem Weg zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bilder, die mit dem Ereignis zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich war leicht reizbar und schreckhaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich versuchte, nicht daran zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich merkte zwar, daß meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Gefühle, die das Ereignis in mir auslöste, waren ein bißchen wie abgestumpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich stellte fest, daß ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit (des Ereignisses) zurückversetzt sei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich konnte nicht einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Es kam vor, daß die Gefühle, die mit dem Ereignis zusammenhingen, plötzlich für kurze Zeit viel heftiger wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich versuchte, es (das Ereignis) aus meiner Erinnerung zu streichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Es fiel mir schwer, mich zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Die Erinnerungen daran lösten bei mir körperliche Reaktionen aus, wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich träumte davon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich empfand mich selber als sehr vorsichtig, aufmerksam oder hellhörig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Testbeschreibung: IES-R

➤ Auswertung:

Die Itemwerte werden traditioneller Weise wie folgt bewertet¹:

überhaupt nicht = 0
selten = 1
manchmal = 3
oft = 5

➤ Subskalen:

Skala	Item-Nr.
Intrusion	1. 3. 6. 9. 14. 16. 20.
Vermeidung	5. 7. 8. 11. 12. 13. 17. 22.
Hyperarousal	2. 4. 10. 15. 18. 19. 21.

➤ Subskalenwerte:

Die Subskalenwerte entstehen durch Addition entsprechender Itemwerte.

➤ Verdachtsdiagnose auf PTB: nach Maercker und Schützwohl, 1998)

Nach der Formel: $X = (-0,02 \times \text{Intrusion}) + (0,07 \times \text{Vermeidung}) + (0,15 \times \text{Übererregung}) - 4,36$

Wenn $X > 0$ -> Verdachtsdiagnose auf PTB

¹ Weitere Übersetzungen der Skala (IES revidiert) verwenden ein anderes Antwortformat und fragen nach dem Belastungsausmass durch die Symptome: 0=überhaupt nicht, 1=etwas, 2=mässig, 3=ziemlich, 4=extrem

Hamburger Module (HEALTH-49)

A Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Beschwerden**. Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten zwei Wochen durch diese Beschwerden gestört oder belastet** worden sind. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen unter ...?

	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1 Angst oder Furcht, alleine aus dem Haus zu gehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2 Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3 Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4 dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5 Angst oder Furcht, sich in größere Menschenmengen zu begeben	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6 Schuldgefühlen oder Selbstvorwürfen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7 Bauchschmerzen oder Verdauungsproblemen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8 Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder Ihr Leben beenden möchten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9 einem Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10 Angst oder Furcht vor offenen Plätzen oder auf die Straße zu gehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11 fehlendem Interesse und geringer Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12 einem Gefühl von Schwere in den Armen und Beinen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13 Schmerzen in Muskeln oder Gelenken	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14 einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15 Kopfschmerzen oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16 Angst oder Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
17 Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
18 Angst oder Furcht vor geschlossenen Räumen (z.B. Fahrstuhl, Tunnel, Kino)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

B Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, mit denen man beschreiben kann, **wie man sich fühlt**. Bitte geben Sie an, wie oft Sie sich **in den letzten zwei Wochen** so gefühlt haben!

	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1 Ich fühle mich gelöst	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2 Ich fühle mich wohl	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3 Ich bin entspannt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4 Ich fühle mich ausgeruht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5 Ich kann genießen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Hamburger Module (HEALTH-49)

C Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Schwierigkeiten**, die man **im Kontakt mit anderen Menschen** haben kann.
Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie sich **in den letzten zwei Wochen** durch diese Probleme im Kontakt mit anderen Menschen (Angehörigen, Freunden, fremden Personen, etc.) **belastet** oder **beeinträchtigt** gefühlt haben. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen ... ?

	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1 unter Schwierigkeiten, anderen Menschen Ihre Gefühle zu zeigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2 unter der mangelnden Fähigkeit, anderen gegenüber bestimmt aufzutreten, wenn es die Lage erfordert	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3 unter Schwierigkeiten, Ihre wichtigen Anliegen anderen gegenüber durchzusetzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4 unter Schwierigkeiten, andere wissen zu lassen, dass Sie wütend sind	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5 unter Schwierigkeiten, jemandem zu sagen, dass er Sie nicht weiter belästigen soll	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6 darunter, dass Sie sich zu sehr von anderen ausnutzen lassen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7 unter der Angst, etwas Falsches zu sagen oder zu tun	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

D Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, inwieweit **Sie sich** trotz Ihrer körperlichen oder seelischen Beschwerden **in der Lage fühlen, Ihre Aufgaben zu erledigen, mit Belastungen umzugehen oder Dinge zu tun, die Ihnen wichtig sind**.
Bitte geben Sie für die **letzten zwei Wochen** an, wie sehr die jeweilige Aussage **für Sie zutrifft**.

Trotz meiner Beschwerden bin ich in der Lage ...

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
1 mit meinen Schwierigkeiten und Problemen gut umzugehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2 meine persönlichen Ziele, die ich mir setze, zu erreichen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3 schwierige Probleme zu lösen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4 meinen normalen Lebensstil aufrechtzuerhalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5 mir neue Fertigkeiten und Kompetenzen anzueignen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Hamburger Module (HEALTH-49)

E Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Beeinträchtigungen in Beruf, Haushalt, Freizeit oder sozialen Beziehungen aufgrund von seelischen oder körperlichen Beschwerden **in den letzten zwei Wochen!**

Wie oft hatten Sie irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten und Aufgaben?	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1 Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2 Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
3 Wie sehr waren Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4 Wie stark waren Sie darin beeinträchtigt , sich selbst zu versorgen (z.B. Einkaufen, Waschen, Kochen)?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Wie oft waren Sie in Ihrer Freizeit beeinträchtigt?	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
5 Ich konnte nicht so lange wie gewohnt meinen Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6 Ich konnte nicht meinen gewohnten Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

F Manchmal ist das **Verhalten der anderen** sehr hilfreich, manchmal weniger, manchmal ist es auch belastend.

Bitte geben Sie an, wie häufig von den Menschen, die Ihnen nahe stehen, jemand ...

	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1 Ihre Schwierigkeiten und Probleme herunter spielt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2 für Sie da ist, wenn Sie ihn/sie brauchen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3 sich unbehaglich zu fühlen scheint, wenn er/sie mit Ihnen über Ihre Probleme spricht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4 wichtige Entscheidungen mit Ihnen bespricht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5 mehr von Ihnen erwartet, als Sie leisten können	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6 Sie aufmuntert oder tröstet	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7 sich ärgert, wenn Sie seinen/ihren Rat nicht annehmen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8 einen Teil seiner/ihrer Zeit oder Energie opfert, um etwas für Sie zu erledigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Hamburger Module (HEALTH-49)

Skalen der „Hamburger Module“ (HEALTH-49)

Die auf 49 Items verkürzte Fassung des HEALTH-Fragebogen umfasst sechs Module mit insgesamt 10 Skalen. Die verschiedenen Skalenwerte werden als Mittelwert der entsprechenden Itemrohwerte bestimmt.

Da höhere Skalenwerte jeweils höhere Beeinträchtigung ausdrücken, müssen die Items der Skalen „Psychisches Wohlbefinden“ (Modul C), „Selbstwirksamkeit“ (Modul D) und „Soziale Unterstützung“ (Modul G) vor Berechnung der Skalenwerte **umgepolt** werden (0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0). Die umzupolenden Items sind mit einem Stern gekennzeichnet.

Modul	Skala (Kürzel)	Items
Modul A	Somatoforme Beschwerden (SOM, 7 Items)	A3, A7, A9, A12, A13, A15, A17
	Depressivität (DEP, 6 Items)	A2, A4, A6, A8, A11, A14
	Phobische Ängste (PHO, 5 Items)	A1, A5, A10, A16, A18
	Psychische und somatoforme Beschwerden (Gesamtwert, PSB)	Alle Items des Moduls A (A1-A18)
Modul B	Psychisches Wohlbefinden (WOHL, 5 Items)	Alle Items des Moduls B (B1-B5)*
Modul C	Interaktionelle Schwierigkeiten (INT, 7 Items)	Alle Items des Moduls C (C1-C7)
Modul D	Selbstwirksamkeit (SELB, 5 Items)	Alle Items des Moduls D (D1-D5)*
Modul E	Aktivität und Partizipation (A&P, 6 Items)	Alle Items des Moduls E (E1-E6)
Modul F	Soziale Unterstützung (SOZU, 4 Items)	F2*, F4*, F6*, F8*
	Soziale Belastung (SOZB, 4 Items)	F1, F3, F5, F7

* Die mit einem Stern gekennzeichneten Items müssen vor der Berechnung der Skalenwerte umkodiert werden (s.o.).

Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA)

Dieser Fragebogen soll Ihre Achtsamkeit erfassen. Bitte beziehen Sie dabei die Aussagen auf die letzten 7 Tage. Kreuzen Sie bitte bei jeder Frage die Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft. Wir möchten Sie bitten, so ehrlich und spontan wie möglich zu antworten. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ und keine „guten“ oder „schlechten“ Antworten. Ihre persönlichen Erfahrungen sind uns wichtig¹.

Vielen Dank für Ihr Bemühen!

Ich bin offen für die Erfahrung des Augenblicks

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich erkenne, dass ich nicht mit meinen Gedanken identisch bin

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich spüre in meinen Körper hinein, sei es beim Essen, Kochen, Putzen, Reden

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹Diese Darstellung umfasst die Items des FFA. Wie auch alle anderen Selbstbeurteilungsverfahren wurde der FFA nicht in der hier dargestellten Form, sondern auf Tablets präsentiert.

Wenn ich merke, dass ich abwesend war, kehre ich sanft zur Erfahrung des Augenblicks zurück

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich kann mich selbst wertschätzen

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich nehme wahr, wie sich meine Gefühle im Körper ausdrücken

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bleibe mit unangenehmen, schmerzhaften Empfindungen und Gefühlen im Kontakt

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich achte auf die Motive meiner Handlungen

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich lasse mich von meinen Gedanken und Gefühlen leicht wegtragen

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich merke, dass ich nicht auf alles reagieren muss, was mir gerade in den Sinn kommt

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich beobachte meine Gedanken, ohne mich mit ihnen zu identifizieren

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich beobachte meine Gedanken, wie sie kommen und gehen

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich verliere mich im Inhalt meiner Gedanken

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin mir der Flüchtigkeit und Vergänglichkeit meiner Erfahrungen bewusst

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich betrachte Dinge aus mehreren Perspektiven

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich sehe, wie ich mir selbst Leiden schaffe

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich sehe meine Fehler und Schwierigkeiten, ohne mich zu verurteilen

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich nehme meine Gefühle wahr, ohne auf sie reagieren zu müssen

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich akzeptiere mich so, wie ich bin

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich spüre auch in unangenehme Empfindungen hinein

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin in Kontakt mit meinen Erfahrungen, hier und jetzt

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich nehme unangenehme Erfahrungen an

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich beobachte das Kommen und Gehen von Erfahrungen

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin mir selbst gegenüber freundlich, wenn Dinge schief laufen

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich beobachte meine Gefühle, ohne mich in ihnen zu verlieren

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In schwierigen Situationen kann ich innehalten

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich wehre mich innerlich gegen unangenehme Gefühle

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich erlebe Momente innerer Ruhe und Gelassenheit, selbst wenn äußerlich Schmerzen und Unruhe da sind

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin ungeduldig mit mir und meinen Mitmenschen

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich kann darüber lächeln, wenn ich sehe, wie ich mir manchmal das Leben schwer mache

fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie auch keine Zeile
ausgelassen haben.**

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name:..... Vorname:..... geb:.....

Pat.Nr:.....

ICD-10-Symptom-Rating (ISR)

Hier ist eine Liste von Beschwerden, an denen Menschen leiden können. Einige der genannten Beschwerden könnten aktuell auf Sie selbst zutreffen. Damit bei Ihnen kein Leiden übersehen wird, bitten wir Sie eine Vielzahl möglicher Beschwerden zu beurteilen. Bitte geben Sie jetzt an, ob eine der nachfolgenden Beschwerden in den letzten zwei Wochen (Ausnahme: vorletzte Beschwerde) auf Sie selbst zutrifft. Falls eine davon zutrifft, möchten wir auch wissen, wie stark Sie daran leiden.

Bitte beantworten Sie jetzt spontan und zügig jede der folgenden Aussagen!

Kreuzen Sie „0 = trifft nicht zu“ an, wenn Sie überhaupt nicht an der jeweiligen Beschwerde leiden,

kreuzen Sie „1 = trifft kaum zu“ an, wenn Sie kaum daran leiden,

kreuzen Sie „2 = trifft ziemlich zu“ an, wenn Sie ziemlich daran leiden,

kreuzen Sie „3 = trifft deutlich zu“ an, wenn Sie deutlich daran leiden und

kreuzen Sie „4 = trifft extrem“ an, wenn Sie extrem daran leiden.

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
(1) Meine Stimmung ist gedrückt/niedergeschlagen.	0	1	2	3	4
(2) An Dingen, die ich normalerweise gern mache, habe ich keine richtige Freude mehr.	0	1	2	3	4
(3) Ich habe nicht genug Energie, wenn ich etwas tun will und werde schnell müde.	0	1	2	3	4
(4) Ich fühle mich wertlos/traue mir nichts zu.	0	1	2	3	4
(5) Ich bekomme unerklärliche Angstattacken oder Angst in Situationen, die anderen Menschen harmlos erscheinen.	0	1	2	3	4
(6) In starken Angstsituationen habe ich plötzlich auftretende körperliche Beschwerden, z. B. Herzklopfen/-rasen, Atemnot, Schwindel, Druck auf der Brust, Kloß im Hals, Zittern oder innere Unruhe bzw. Anspannung.	0	1	2	3	4
(7) Ich versuche bestimmte Situationen, die mir Angst machen, zu vermeiden.	0	1	2	3	4
(8) Schon die Vorstellung, dass ich wieder eine Angstattacke erleiden könnte, macht mir Angst.	0	1	2	3	4

Pat.Nr:

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
(9) Ich leide unter meinen ständig wiederkehrenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, gegen die ich mich aber nicht wehren kann (z.B. Hände waschen).	0	1	2	3	4
(10) Ich leiste Widerstand gegen immer wiederkehrende, unsinnige Gedanken oder Handlungen, auch wenn mir das nicht immer gelingt.	0	1	2	3	4
(11) Ich leide unter quälenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, die mein normales Leben beeinträchtigen.	0	1	2	3	4
(12) Ich habe das Bedürfnis, wegen unerklärlichen körperlichen Beschwerden zum Arzt zu gehen.	0	1	2	3	4
(13) Ich leide unter der ständigen quälenden Sorge, körperlich krank zu sein.	0	1	2	3	4
(14) Verschiedene Ärzte versichern mir, dass ich keine ernsthafte körperliche Erkrankung habe, doch es fällt mir schwer, ihnen zu glauben.	0	1	2	3	4
(15) Ich kontrolliere mein Gewicht durch kalorienarmes Essen oder Erbrechen oder Medikamente (z.B. Abführmittel) oder ausgedehnten Sport.	0	1	2	3	4
(16) Viele meiner Gedanken kreisen um das Essen, und ich habe ständig Angst, Gewicht zuzunehmen.	0	1	2	3	4
(17) Ich beschäftige mich viel damit, wie ich Gewicht abnehmen kann.	0	1	2	3	4
(18) Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.	0	1	2	3	4
(19) Ich denke darüber nach, mich umzubringen.	0	1	2	3	4
(20) Ich habe Schlafprobleme.	0	1	2	3	4
(21) Ich habe einen schlechten Appetit.	0	1	2	3	4
(22) Ich bin vergesslich.	0	1	2	3	4

Pat.Nr:

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
(23) Ich leide unter immer wiederkehrenden Träumen oder Erinnerungen an schreckliche Erlebnisse.	0	1	2	3	4
(24) Ich habe psychische Probleme aufgrund schwerer Alltagsbelastungen (z.B. schwere Erkrankung, Verlust der Arbeit oder Trennung vom Partner).	0	1	2	3	4
(25) Meine Gefühle und Erfahrungen empfinde ich auf einmal nicht mehr als meine eigenen.	0	1	2	3	4
(26) Die Menschen und meine Umgebung erscheinen mir auf einmal unwirklich, fern, leblos.	0	1	2	3	4
(27) Ich fühle mich in der Ausübung meiner Sexualität beeinträchtigt.	0	1	2	3	4
(28) Ich habe mich in den letzten Jahren nach einer extremen Belastung (z.B. Schädel-Hirn-Verletzung, Kriegserlebnisse oder Missbrauch) dauerhaft verändert.	0	1	2	3	4
(29) Meine sexuellen Vorlieben sind eine Belastung für mich.	0	1	2	3	4

Besten Dank für Ihre Mitarbeit und Mühe !

Betrachten Sie bitte den Zeitraum Ihrer Behandlung bei uns. Beantworten Sie alle Fragen zügig, ohne allzu lange zu überlegen. Wählen Sie im Zweifelsfall die Antwortalternative, die noch am ehesten auf Sie zutrifft.²

Im Vergleich zum Behandlungsbeginn

- ... fühle ich mich weniger gehetzt.
- ... bin ich entspannter.
- ... rege ich mich über viele Dinge nicht mehr auf.
- ... fühle ich mich ruhiger und ausgeglichener.
- ... bin ich innerlich ruhiger geworden.
- ... sehe ich Schwierigkeiten gelassener entgegen.
- ... habe ich keine Angst mehr in einer Sache zu versagen, die mir gelingen soll.
- ... nehme ich unerwartete Ereignisse gelassener hin.
- ... weiß ich jetzt eher, was ich tun will und tun kann.
- ... habe ich ein klares Bild von mir und meiner Zukunft.
- ... fühle ich mich weniger beunruhigt, wenn ich an die Zukunft denke.
- ... glaube ich, dass ich jetzt eher weiß, was für mich wichtig ist.
- ... bin ich irgendwie froh und sehe die Dinge optimistischer.
- ... bin ich heiterer geworden.
- ... kann ich es noch nicht verstehen, aber es geht mir seit einiger Zeit besser.
- ... sehe ich irgendwie mehr Sinn in meinem Leben.
- ... fühle ich mich unabhängiger von anderen.
- ... bin ich mit mir zufrieden und mache mir weniger Gedanken über mich selbst.
- ... liege ich nicht mehr im Kriegszustand mit mir selbst.
- ... kann ich mich mit meinen Problemen besser abfinden.
- ... leide ich nicht mehr unter meiner Unsicherheit.
- ... haben alle Dinge jetzt Bedeutung und Leben für mich.
- ... bin ich im Umgang mit anderen Menschen ruhiger geworden.
- ... kann ich jetzt freier sprechen.
- ... fühle ich mich im Gespräch mit anderen nicht mehr so unsicher.

²Diese Darstellung umfasst die Items des VEV-K. Wie auch alle anderen Selbstbeurteilungsverfahren wurde der VEV-K nicht in der hier dargestellten Form, sondern auf Tablets präsentiert.

Strukturierter Interviewleitfaden zur Diagnose Dissoziativer Störungen (SIDDS)

Die Fragen des SIDDS müssen in der hier vorgegebenen Reihenfolge gestellt werden. Alle Punkte dieses Leitfadens, inklusive aller DSM-IV Kriterien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung und der Kriterien für Dissoziative Störungen müssen abgefragt werden. Die Wortwahl sollte sich exakt an den vorgeschriebenen Text halten, um die von unterschiedlichen InterviewerInnen gesammelten Informationen standardisieren zu können. Der/ Die InterviewerIn sollte die Kopfinformationen (kursiv gedruckt) nicht laut vorlesen. Das Gespräch wird damit eröffnet, der Person für ihre Teilnahme zu danken und geht dann weiter mit dem Satz:

- ➔ "Wenn Sie im Laufe des Interviews irgendeinen Ausdruck oder eine Formulierung nicht verstehen, zögern Sie bitte nicht, mich zu fragen, ich werde es Ihnen gerne erklären.
Die meisten Fragen hier können Sie mit 'ja', 'nein' oder 'unsicher/ weiß ich nicht' beantworten. Einige Fragen erfordern ausführlichere oder differenziertere Antworten, die ich Ihnen dann erklären werde, wenn wir dahin kommen.
Alles klar?"

I. Somatische Beschwerden

1. Leiden Sie an Kopfschmerzen?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

Wenn Frage 1 mit „nein“ beantwortet wurde, mit Frage 3 fortfahren.

2. Wurde Ihnen von einem/ einer Arzt/ Ärztin mitgeteilt, dass es sich dabei um Migräne- Kopfschmerzen handelt?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

Der Interviewer soll den nachfolgenden Text der Person laut vorlesen:

- ♦ "Ich werde Ihnen jetzt eine Reihe körperlicher Symptome vorlesen. Damit ein Symptom als vorhanden gilt und Sie es mit ja beantworten, müssen folgende drei Punkte erfüllt sein:
 - a) es darf keine körperliche Erkrankung vorliegen, mit der das Symptom erklärt werden kann.
 - b) bei Vorliegen einer allgemeinen körperlichen Krankheit müssen die durch das Symptom verursachten sozialen und beruflichen Einschränkungen schwerwiegender sein als normalerweise vermutet.
 - c) das Symptom ist nicht durch Drogen- oder Alkoholkonsum verursacht.

Der/ Die InterviewerIn sollte nun die Person fragen: Bei der ersten Ja-Antwort sollten die Kriterien a-c noch einmal vorgelesen werden, um sicherzustellen, dass sie die Person verstanden hatte.

- ♦ "Hatten Sie jemals eines oder mehrere der folgenden körperlichen Symptome, für die ein Arzt keine körperliche Ursache (organische Erklärung) finden konnte?"

3. Unterleibsschmerzen (außer während der Menstruation)

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

4. Übelkeit (außer im Rahmen einer Reisekrankheit, einer Schwangerschaft oder nach einer Karussellfahrt oder ähnlichem)

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

5. Erbrechen (außer während einer Schwangerschaft)

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

6. Blähungen

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

7. Durchfall

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

8. Unverträglichkeit bestimmter Speisen

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

9. Rückenschmerzen

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

10. Gelenkschmerzen

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

11. Schmerzen in den Extremitäten (Händen+ Füßen)

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

12. Schmerzen in den Geschlechtsorganen (außerhalb des Geschlechtsverkehrs)

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

13. Schmerzen beim Wasserlassen

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

14. Andere Schmerzen (außer Kopfschmerzen)

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

15. Kurzatmigkeit (außer nach einer Anstrengung)

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

16. Starkes Herzklopfen
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
17. Brustschmerzen
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
18. Schwindel/ Benommenheit
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
- 19. Schluckbeschwerden**
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
20. Verlust der Stimme/ psychogene Stummheit
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
21. Taubheit
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
22. Doppelbilder Sehen
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
23. Verschwommenes Sehen
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
24. Blindheit
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
25. Ohnmacht oder Bewusstlosigkeit
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
- 26. Amnesie (Erinnerungslücken/ Filmriss)**
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
27. Anfall oder Krampf
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
28. Gehbeschwerden
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
29. Lähmung oder Muskelschwäche
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()
30. Harnverhaltung oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

31. Sexuelle Gleichgültigkeit/ Wochen oder Monate ohne sexuelles Bedürfnis
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

32. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

*Wenn die Person ein Mann ist, Frage 33 und dann Frage 38;
wenn es sich um eine Frau handelt, geht es bei Frage 34 weiter.*

33. Erektionsschwierigkeiten/ Impotenz
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

34. Unregelmäßige Regelblutung
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

35. Schmerzhafter Regelblutung
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

36. Stark verstärkte Regelblutung
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

37. Erbrechen während der gesamten Schwangerschaft
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

38. Hatten Sie vor Ihrem 30. Lebensjahr über mehrere Jahre hinweg viele körperliche Beschwerden, die Sie veranlassten, einen Arzt aufzusuchen oder die zu beruflichen oder sozialen Beeinträchtigungen führten?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

39. Wurden die von Ihnen genannten Symptome von Ihnen bewusst herbeigeführt?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

II. Substanzabhängigkeit

40. Hatten Sie jemals in Ihrem Leben ein Alkoholproblem?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

41. Haben Sie jemals illegale Drogen exzessiv über eine längere Zeit eingenommen?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

42. Haben Sie sich jemals Drogen intravenös gespritzt?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

43. Waren Sie wegen eines Drogen- oder Alkoholproblems jemals in Behandlung?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

III. Psychiatrische Vergangenheit

44. Waren Sie jemals wegen eines emotionalen Problems oder einer psychischen Störung in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

45. Wissen Sie, ob, und wenn ja, welche psychiatrischen Diagnosen Ihnen in der Vergangenheit gestellt worden sind?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

"Bei "nein" weiter mit Frage 48

46. Sind bei Ihnen jemals folgende Störungen diagnostiziert worden:
a) Depression ()
b) Manie ()
c) Schizophrenie ()
d) Angststörung ()
e) andere psychische Störungen (welche?) _____ ()
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3

Wenn die Person bei Frage 46e keine Diagnose angeben möchte, weiter mit 48.

47. Wenn die Person bei Frage 46e Angaben machte, waren darunter einige der nachfolgenden?
a) dissoziative Amnesie ()
b) dissoziative Fugue ()
c) dissoziative Identitätsstörung (multiple Persönlichkeitsstörung) ()
d) Depersonalisationsstörung ()
e) nicht näher bezeichnete dissoziative Störung ()
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3

48. Sind Ihnen jemals Psychopharmaka (Medikamente gegen eine psychische Störung) verschrieben worden?
ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

49. Ist Ihnen jemals eines der folgenden Medikamente verschrieben worden?

- a) Antipsychotika ()
- b) Antidepressiva ()
- c) Lithium ()
- d) Angstlösende Mittel (Anxiolytika) oder Schlafmittel ()
- e) andere (welche?) _____ ()

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3

Bei Unsicherheit bitte Medikamentenname angeben, wenn bekannt:

50. Sind Sie jemals mit Elektrokrampftherapie, auch bekannt als Elektroschock-Therapie, behandelt worden?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

51. Waren Sie jemals wegen emotionaler, familiärer oder psychologischer Probleme länger als 5 Stunden/ Sitzungen in Behandlung?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

52. Wie viele TherapeutInnen (wenn überhaupt) haben Sie bisher im Lauf Ihres Lebens wegen emotionaler Probleme oder einer psychischen Erkrankung aufgesucht?

() ()

Wenn die Person sowohl Frage 51 als auch 52 mit "nein" beantwortet hat, weiter mit Frage 54.

53. Hatten Sie jemals wegen eines emotionalen Problems oder einer psychischen Erkrankung eine Behandlung, die keine Besserung brachte?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

IV. Episoden einer Major Depression

Ziel dieses Abschnittes ist es festzustellen, ob die Person jemals in ihrem Leben oder gerade aktuell eine schwere depressive Episode/ Major Depression Periode erlebt (hatte).

54. Hatten Sie jemals in Ihrem Leben eine Zeit mit depressiver Verstimmung, die länger als 2 Wochen andauerte und in der Sie die Zeit verstreichen ließen und sich deprimiert, traurig, hoffnungslos, verzweifelt, gedämpft oder reizbar gefühlt haben?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

Wenn die Person die Frage 54 mit "nein" beantwortet hat, weiter mit Frage 62.

Wenn die Person mit "ja" oder "unsicher" geantwortet hat, sollte der/die InterviewerIn fragen:

- ♦ "Haben Sie während dieser Zeit an fast jedem Tag mindestens zwei Wochen lang eines oder mehrere der folgenden Symptome verspürt?"

55. Geringer Appetit oder ein erheblicher Gewichtsverlust (ohne eine Diät zu machen) oder gesteigerter Appetit oder eine erhebliche Gewichtszunahme?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

56. Zu viel oder zu wenig schlafen?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

57. Verlangsamung im Verhalten oder im Denken, oder in einem solchen Ausmaß erregt und aufgekratzt sein, dass es für andere Personen bemerkbar war?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

58. Verlust an Interesse oder Vergnügen an gewohnten (Freizeit-)Aktivitäten, oder eine Verringerung der sexuellen Bedürfnisse?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

59. Energieverlust, Müdigkeit?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

60. Gefühle der Wertlosigkeit, Selbstvorwürfe oder starke und übertriebene Schuldgefühle?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

61. Mangelnde Konzentration oder Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

62. Hatten Sie jemals wiederkehrende Todes- oder Selbstmordgedanken (a),

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

oder haben Sie jemals einen Selbstmordversuch unternommen (b)?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

Haben Sie bei Ihrem Selbstmordversuch

- a) eine Überdosis Medikamente genommen ()
- b) sich die Pulsadern oder andere Körperteile aufgeschnitten ()
- c) sich Verbrennungen mit der Zigarette oder andere Selbstverletzungen zugefügt ()
- d) ein Messer, ein Gewehr oder andere Waffen benutzt ()
- e) versucht, sich aufzuhängen ()
- f) oder es mit andere Methoden versucht ()

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3

63. Wenn Sie eine wie oben beschriebene Episode einer Depression erlebt

- haben, ist sie ()
- ganz abgeklungen = 0
- im Moment noch vorhanden, und zwar zum ersten Mal = 1
- im Moment schon am Abklingen = 2
- im Moment noch vorhanden und zwar zum wiederholten Male = 3
- ungewiss = 4
- verursacht durch einen organischen/ medizinischen Faktor = 5

wann war sie: _____

V. Positiv-Symptome der Schizophrenie (Schneidersche Symptome ersten Ranges)

64. Haben Sie jemals etwas Folgendes erlebt?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3

- a) Stimmen, die sich in Ihrem Kopf streiten ()
- b) Stimmen, die Ihre Handlungen kommentieren ()
- c) Ihre Gefühle werden von jemandem oder etwas außerhalb Ihrer selbst gemacht oder kontrolliert ()
- d) Ihre Gedanken werden von jemandem oder etwas außerhalb Ihrer selbst gemacht oder kontrolliert ()
- e) Ihre Handlungen werden von jemandem oder etwas außerhalb Ihrer selbst bestimmt oder kontrolliert ()
- f) äußere Einflüsse spielen mit Ihnen oder nehmen Ihren Körper in Besitz, wie z.B. eine äußere Kraft oder Macht ()
- g) Gedanken werden aus Ihrem Kopf entfernt ()
- h) Sie denken Gedanken, die die eines anderen zu sein scheinen ()
- i) Sie hören Ihre eigenen Gedanken laut ausgesprochen ()
- j) andere Menschen können Ihre Gedanken hören als wären sie laut ausgesprochen ()
- k) trügerische (wahnhafte) Gedanken, die sich sehr weit von der Realität entfernt haben ()

Wenn die Person bei allen Schneiderschen Symptomen mit "nein" geantwortet hat, weiter mit Frage 67, anderenfalls sollte der/ die InterviewerIn fragen:

- ♦ "Wenn Sie jemals eines oder mehrere der genannten Symptome verspürt haben, traten diese ausschließlich in einer der im Folgenden genannten Situationen auf?"

65. Traten sie nur unter dem Einfluss von Drogen oder Alkohol auf?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

66. Traten sie nur während einer schweren depressiven Episode (Major Depression) auf?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

VI. Trancen, Schlafwandeln und imaginäre BegleiterInnen in der Kindheit

67. Sind Sie jemals schlafgewandelt?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

Wenn die Person Frage 67 mit nein beantwortet hat, weiter mit Frage 69.

68. Wie häufig war das ungefähr?

1-10 = 1 11-50 = 2 > 50 = 3 unsicher = 4 ()

69. Waren Sie jemals in einem tranceartigen Zustand, d.h. so abwesend oder "weggetreten", dass Sie einfach nur in die Gegend starrten und Ihr Bewusstsein dafür, was um Sie herum vorgeht und Ihr Zeitgefühl verloren haben?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

Wenn die Person Frage 69 mit nein beantwortet, weiter mit Frage 71.

70. Wie häufig kam bei Ihnen eine solche Erfahrung ungefähr vor?

1-10 = 1 11-50 = 2 > 50 = 3 unsicher = 4 ()

71. Hatten Sie als Kind SpielkameradInnen, die es nur in Ihrer Vorstellung gab?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

Wenn die Person Frage 71 mit nein beantwortet, weiter mit Frage 73.

72. Wie alt waren Sie, als diese SpielkameradInnen Ihrer Kindheit verschwanden?

unsicher = 0 () ()

Wenn die Person heute noch imaginative BegleiterInnen hat, schreiben Sie das aktuelle Alter ein.

VII. Gewalterfahrungen in der Kindheit

Familienstruktur:

73. Sind Sie als Kind oder Jugendliche(r) körperlich misshandelt worden?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

74. Stand die körperliche Misshandlung in direktem Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch?

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

75. Von wem wurden Sie als Kind körperlich misshandelt?

- a) Vater ()
- b) Mutter ()
- c) Stiefvater ()
- d) Stiefmutter ()
- e) Bruder ()
- f) Schwester ()
- g) andere männliche Verwandte ()
- h) andere weibliche Verwandte ()
- i) andere Männer ()
- j) andere Frauen ()

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3

76. Wie als waren Sie, als die körperliche Misshandlung anfang?

() ()

unsicher = 89, wenn jünger als 1 Jahr = 0

77. Wie alt waren Sie als es aufhörte?

() ()

unsicher = 89 wenn jünger als 1 Jahr = 0

wenn es noch andauert = aktuelles Lebensalter

78. Manchmal passiert es Kindern, dass sie auf Arten und Weisen angeschaut und angefasst werden, die sie überhaupt nicht leiden können - und ich meine damit sexuelle Übergriffe. Sind Sie als Kind oder Jugendliche(r) sexuell missbraucht worden? Zu sexuellem Missbrauch gehört Vergewaltigung, aber auch alle Formen unerwünschter sexueller Berührungen oder Liebkosungen, die Sie eventuell erlebt haben.

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 ()

Wenn die Person Frage 78 mit 'nein' beantwortet, weiter mit Frage 85.

Wenn die Person mit 'ja' oder 'unsicher' antwortet, sollte der/ die InterviewerIn folgendes vorlesen, bevor er/ sie weiter nach sexuellem Missbrauch fragt:

- ♦ "Ich frage jetzt nach der Art und Häufigkeit der von Ihnen erlittenen sexuellen Übergriffe. Ich stelle diese intimen und direkten Fragen, um die Schwere Ihres erfahrenen Missbrauchs einschätzen zu können. Sie haben jederzeit die Freiheit, eine oder auch alle Fragen NICHT zu beantworten, d.h. Sie können mit 'ja', 'nein', 'unsicher' oder 'keine Antwort' antworten. Ist es okay, wenn ich in dem Bereich weiterfrage?"

79. Von wem sind Sie in Ihrem Leben sexuell missbraucht worden?

- a) Vater ()
- b) Mutter ()
- c) Stiefvater ()
- d) Stiefmutter ()
- e) Bruder ()
- f) Schwester ()
- g) andere männliche Verwandte ()
- h) andere weibliche Verwandte ()
- i) andere Männer ()
- j) andere Frauen ()

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 keine Antwort = 4

Wenn die Person eine Frau ist, Frage 80 auslassen, wenn sie ein Mann ist, Frage 81 auslassen.

80. Als Sie (als Mann) sexuell missbraucht worden sind, kam es dabei

- a) zu Berührungen im Genitalbereich mit der Hand ()
- b) zu anderen Arten des Streichelns ()
- c) zum Geschlechtsverkehr mit einer Frau ()
- d) zum Analverkehr durch einen Mann ()
- e) zu oralem Sex durch einen Mann ()
- f) zu oralem Sex bei einem Mann ()
- g) zu oralem Sex durch eine Frau ()
- h) zu oralem Sex bei einer Frau ()
- i) zum Analverkehr bei einem Mann oder einer Frau ()
- j) zu erzwungenem Sex mit Tieren ()
- k) zu pornographischem Photographieren oder Filmen ()
- l) anderes (bitte spezifizieren): _____ ()

ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 keine Antwort = 4

81. Als Sie (als Frau) sexuell missbraucht wurden, kam es dabei
- a) zu Berührungen im Genitalbereich mit der Hand ()
 - b) zu anderen Arten des Streichelns ()
 - c) zum Geschlechtsverkehr mit einem Mann ()
 - d) zu oralem Sex durch einen Mann, wobei Sie passiv waren ()
 - e) zu oralem Sex bei einem Mann, wobei Sie aktiv waren ()
 - f) zu oralem Sex durch eine Frau, wobei Sie passiv waren ()
 - g) zu oralem Sex bei einer Frau, wobei Sie aktiv waren ()
 - h) zum Analverkehr durch einen Mann ()
 - i) zu erzwungenem Sex mit Tieren ()
 - j) zu pornographischem Photographieren und Filmen ()
 - k) anderes (bitte spezifizieren): _____ ()
- ja= 1; nein = 2; unsicher = 3 keine Antwort = 4
82. Wie alt waren Sie, als der sexuelle Missbrauch anfang?
- unsicher = 89, wenn jünger als 1 Jahr = 0 () ()
83. Wie alt waren Sie, als es aufhörte? () ()
- unsicher = 89 wenn jünger als 1 Jahr = 0
- wenn es noch andauert = aktuelles Lebensalter
84. Wie vielen sexuellen Übergriffen waren Sie bis zum Alter von 18 Jahren ausgesetzt? ()
- 1-5 = 1 6-10 = 2 11-50 = 3 > 50 = 4 unsicher = 5
85. Wie viele sexuelle Übergriffe haben Sie nach Ihrem 18. Lebensjahr erlebt? ()
- 1-5 = 1 6-10 = 2 11-50 = 3 > 50 = 4 unsicher = 5

VIII. Sekundäre Anzeichen einer dissoziativen Identitätsstörung

Wenn die Person Fragen 86-95 (mit Ausnahme von Frage 93) bejaht, soll sie spezifizieren, ob es gelegentlich, ziemlich oft oder oft vorkommt.

86. Haben Sie jemals festgestellt, dass Dinge aus Ihrem persönlichen Besitz oder aus Ihrer Wohnung verschwinden? ()
- nie = 1 gelegentlich = 2 ziemlich oft = 3 oft = 4 unsicher = 5
87. Haben Sie jemals bemerkt, dass es in Ihrer Wohnung Dinge gibt, von denen Sie nicht wissen, wo sie herkommen und wie sie dorthin gelangt sind? (z.B. Kleidung, Schmuck, Bücher, Möbel) ()
- nie = 1 gelegentlich = 2 ziemlich oft = 3 oft = 4 unsicher = 5

88. Haben Sie jemals bemerkt, dass sich Ihre Handschrift drastisch verändert oder dass Sie in ihren persönlichen Unterlagen Zettel mit Handschriften finden, die sie nicht wiedererkennen? ()
nie = 1 gelegentlich = 2 ziemlich oft = 3 oft = 4 unsicher = 5

89. Kommen manchmal fremde Menschen zu Ihnen und reden mit Ihnen wie mit einem(r) sehr guten Bekannten, obwohl Sie diese nicht kennen oder nur ganz vage? ()
nie = 1 gelegentlich = 2 ziemlich oft = 3 oft = 4 unsicher = 5

90. Erzählen Ihnen manchmal Menschen Dinge, die Sie getan oder gesagt haben sollen, an die Sie sich nicht erinnern können, ohne dass dabei Drogen oder Alkohol im Spiel waren? ()
nie = 1 gelegentlich = 2 ziemlich oft = 3 oft = 4 unsicher = 5

91. Hatten Sie jemals „Leerstellen“ (Filmriss) oder Perioden mit fehlender Zeit, an die Sie sich nicht erinnern können, ohne dass dabei Drogen oder Alkohol im Spiel waren? ()
nie = 1 gelegentlich = 2 ziemlich oft = 3 oft = 4 unsicher = 5

92. Haben Sie sich jemals an einem unvertrauten Platz vorgefunden, hellwach, ohne genau zu wissen, wie Sie dorthin gelangt sind und was in der vergangenen Zeit passiert ist, ohne dass dabei Drogen oder Alkohol im Spiel waren? ()
nie = 1 gelegentlich = 2 ziemlich oft = 3 oft = 4 unsicher = 5

93. Gibt es nach Ihrem 5. Lebensjahr große Teile Ihrer Kindheit, an die Sie sich gar nicht erinnern? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

94. Haben Sie es jemals erlebt, dass Erinnerungen so plötzlich wiederauftauchen, dass es Sie regelrecht überschwemmt? ()
nie = 1 gelegentlich = 2 ziemlich oft = 3 oft = 4 unsicher = 5

95. Hatten Sie jemals längere Zeiten, in denen Sie sich unwirklich oder wie in einem Traum gefühlt haben, so als seien Sie gar nicht wirklich da, ohne dass dabei Drogen oder Alkohol im Spiel waren? ()
nie = 1 gelegentlich = 2 ziemlich oft = 3 oft = 4 unsicher = 5

96. Hören Sie manchmal Stimmen, die mit Ihnen oder in Ihrem Kopf reden? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

Wenn die Person Frage 96 mit 'nein' beantwortet, weiter mit Frage 98.

97. Wenn Sie solche Stimmen hören, scheinen Sie aus Ihrem Inneren zu kommen? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

98. Sprechen Sie jemals von sich selbst als "wir" oder "uns" (und meinen nur sich selbst)? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

99. Hatten Sie jemals das Gefühl, es befänden sich noch eine oder mehrere Personen in Ihrem Inneren? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

Wenn die Person auf Frage 99 mit „nein“ geantwortet hat, weiter mit Frage 102.

100. Gibt es in Ihrem Inneren (mindestens) eine andere Identität, die einen eigenen Namen hat? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

101. Kommt diese "innere Person" von Zeit zu Zeit heraus und übernimmt die Kontrolle über den Körper? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

IX. Übernatürliches/ Besessenheit/ Außersinnliche Wahrnehmung/ Kulte

102. Hatten Sie jemals irgendeine Art übernatürlicher/ übersinnlicher Erfahrung? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

103. Hatten Sie jemals irgendeine außersinnliche Wahrnehmung wie

a) Gedankenlesen oder Gedankenübertragung / mentale Telepathie ()

b) im Wachzustand die Zukunft sehen ()

c) Gegenstände nur mit der Kraft Ihres Geistes, Ihrer Gedanken bewegen ()

d) im Traum die Zukunft sehen ()

e) Deja-Vu-Erlebnisse (das Gefühl, dass das, was Ihnen gerade passiert, früher schon einmal passiert ist) ()

f) anderes (bitte spezifizieren): _____ ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

104. Hatten Sie jemals das Gefühl, besessen zu sein
- a) einem Dämon ()
 - b) einer verstorbenen Person ()
 - c) einer lebenden Person ()
 - d) einer anderen Kraft oder Macht ()
- ja = 1 nein = 2 unsicher = 3
105. Hatten Sie jemals Kontakt mit
- a) Gespenstern ()
 - b) Poltergeistern (machen Lärm oder lassen Dinge sich bewegen) ()
 - c) oder irgendeiner anderen Art von Geistern (oder Energien) ()
- ja = 1 nein = 2 unsicher = 3
106. Hatten Sie jemals das Gefühl, sich an vergangene Leben oder Inkarnationen zu erinnern? ()
- ja = 1 nein = 2 unsicher = 3
107. Waren Sie jemals in einen Geheimkult oder in Kult-Aktivitäten eingebunden? ()
- ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

X. Borderline Persönlichkeitsstörung

Der/ Die InterviewerIn sollte laut vorlesen:

- ♦ "Bitte beantworten Sie die nächsten neun Fragen nur dann mit 'Ja', wenn Sie meinen, dass diese Beschreibungen (wie ein Motto) auf den Großteil Ihres Lebens zutreffen. Haben Sie folgendes über längere Zeit erlebt?"

108. Impulsivität oder unberechenbares Verhalten in mindestens zwei möglicherweise selbstschädigenden Aktivitäten oder Bereichen, wie. z.B. Geldausgeben, Sexualität, Spielsucht, Drogen- oder Alkoholmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“. ()
- ja = 1 nein = 2 unsicher = 3
109. Ein Muster an instabilen, aber intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist. ()
- ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

110. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen). ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3
111. Identitätsstörung; eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes, des Selbstbewusstseins oder der Selbstwahrnehmung ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3
112. Ausgeprägte Stimmungsschwankungen; von der normalen Stimmung hin zu Depression, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Zustände eher Stunden andauern als Tage. ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3
113. Verzweifelte Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3
- (113a. Starkes Unwohlgefühl beim Alleinsesein oder bereits bei der Vorstellung davon, so dass man Alleinsein möglichst vermeidet oder eher depressiv dabei wird.) ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3
114. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder selbstverletzendes Verhalten. ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3
115. Ständiges (chronisches) Gefühl der Leere und der Langeweile ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3
116. *Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste Wahnvorstellungen oder schwere dissoziative Symptome* ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3
(Kennen Sie es, dass Sie in Stresssituationen in der Lage sind, Dinge zu sehen oder zu hören, von denen Sie selber wissen, dass sie nicht da sind, aber Sie sehen und hören sie trotzdem?) (Gemurmel, Schatten an der Wand, Beschimpfungen)

XI. Dissoziative Amnesie

117. Haben Sie es jemals erlebt, dass Sie sich plötzlich an wichtige Tatsachen oder Ereignisse (v.a. traumatischer oder unangenehmer Art) aus Ihrem Leben nicht mehr erinnern konnten, und zwar in so großem Ausmaß, dass es mit einfacher Vergeßlichkeit nicht mehr zu erklären war? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

Wenn die Person Frage 117 mit nein beantwortet, weiter mit Frage 120.

118. Wenn Sie so etwas schon mal erlebt haben, war diese Erinnerungslücke durch eine bekannte andere Störung oder Krankheit verursacht worden (z.B. eine Bewusstlosigkeit nach einer Alkoholvergiftung oder nach einem Gehirnschlag)? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

119. Haben diese Symptome zu erheblichen Schwierigkeiten oder Beeinträchtigungen in Ihrem Beruf oder in Ihrem sozialen Umfeld geführt? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

XII. Dissoziative Fugue

120. Haben Sie jemals plötzliche und unerwartete Reisen unternommen, weg von Ihrem Zuhause oder Ihrem gewohnten Arbeitsplatz, und konnten sich dabei nicht an Ihre Vergangenheit erinnern? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

121. Waren Sie sich während solcher Zeiten Ihrer eigenen Identität unsicher oder haben Sie (ganz oder teilweise) eine andere Identität angenommen? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

122. Wenn Sie eins oder beides schon einmal erlebt haben, war diese Erinnerungslücke durch eine andere bekannte psychische Störung, Alkohol- oder Drogenmissbrauch oder eine Krankheit verursacht (z.B. Bewusstlosigkeit nach einer Alkoholvergiftung oder nach einem Gehirnschlag)? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

Bei „nein“ auf Frage 120 oder 121 (oder beide), weiter mit Frage 124

123. Haben diese Symptome zu erheblichen Schwierigkeiten und Beeinträchtigungen in Ihrem Beruf oder in Ihrem sozialen Umfeld geführt? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

XIII. Depersonalisationsstörung

Der/ Die InterviewerIn sollte laut vorlesen:

- ♦ "Ich werde Ihnen einige Fragen zu Gefühlen der Depersonalisation stellen. Depersonalisation bedeutet, sich unwirklich zu fühlen, sich wie in einem Traum zu fühlen, sich selbst von außerhalb des Körpers zu sehen/ wahrzunehmen und ähnliche Erfahrungen."

124.a) Hatten Sie jemals ein über längere Zeit anhaltendes, starkes Gefühl von Unwirklichkeit, ohne dass dabei Drogen oder Alkohol im Spiel waren? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

b) Hatten Sie jemals ein so starkes Gefühl von Unwirklichkeit, dass es zu Problemen bei der Arbeit oder im Umgang mit anderen Menschen führte? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

c) Hatten Sie jemals den Eindruck, dass sich die Größe Ihrer Hände oder anderer Teile Ihres Körpers verändert hat? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

d) Haben Sie sich jemals selbst von außerhalb Ihres Körpers wahrgenommen? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

Wenn die Person keine der Fragen 124 a-d mit 'ja' beantwortet hat, weiter mit Frage 127.

125. Waren die oben genannten Symptome durch eine andere Störung verursacht worden, wie z.B. eine Schizophrenie, Angststörung, Epilepsie, Drogen- oder Alkoholmissbrauch oder einen anderen medizinischen Krankheitsfaktor? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

126. Waren Sie in solchen Zeiten in der Lage, die Umwelt korrekt wahrzunehmen und (weiterhin) vernünftig und rational zu denken? ()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

XIV. Dissoziative Identitätsstörung (NIMH Research Criteria.)

127. Hatten Sie jemals den Eindruck, dass es in Ihrem Inneren zwei oder mehr unterscheidbare Identitäten oder Persönlichkeitsanteile gibt, die jede jeweils eine eigene Art hat, wahrzunehmen, zu denken und sich auf sich selbst und die Umwelt zu beziehen? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

Wenn die Person Frage 127 mit 'nein' beantwortet, weiter mit Frage 132.

128. Übernehmen mindestens zwei dieser Identitäten oder Persönlichkeitsanteile abwechselnd die Kontrolle über Ihr Verhalten? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

129. Haben zwei oder mehrere dieser verschiedenen Persönlichkeiten vor Zeugen an mindestens drei unterschiedlichen Gelegenheiten die Kontrolle über den Körper übernommen? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

*Der/ die InterviewerIn soll Frage 129a auf der Basis von Frage 117 selber beantworten und sie der Person **nicht** laut vorlesen.*

129a. Haben Sie es erlebt, dass sie Person in einem so starken Ausmaß nicht in der Lage war, sich an wichtige persönliche Daten zu erinnern, dass es mit normaler Vergeßlichkeit nicht zu erklären ist? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

130. Ist das Problem mit diesen verschiedenen Identitäten oder Persönlichkeitsanteilen durch Substanzmissbrauch (Alkohol-Blackouts/ Drogen) oder durch eine allgemeine medizinische Erkrankung verursacht? ()
ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

XV. Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (DDNOS)

(Beantwortung durch InterviewerIn)

131. Die Person scheint eine dissoziative Störung zu haben, erfüllt aber nicht die Kriterien einer spezifischen dissoziativen Störung. Beispiele sind Trance-ähnliche Zustände, Derealisation ohne Depersonalisation und alle länger anhaltenden dissoziativen Zustände, die in Personen entstehen können, welche einer langen und intensiven Form zwanghafter/ gewaltsamer Überzeugungsarbeit ausgesetzt waren (Gehirnwäsche, Gedankenentzug, Indoktrinationen während einer Gefangennahme durch Terroristen oder Kultmitglieder)

()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

XVI. Abschließende Frage

Beantwortung durch InterviewerIn

132. Hat die Person während des Interviews ungewöhnliche, unlogische oder idiosynkratische Gedankenverläufe geäußert?

()

ja = 1 nein = 2 unsicher = 3

Der/ die InterviewerIn sollte eine kurze abschließende Bemerkung machen, mitteilen, dass es keine weiteren Fragen mehr gibt und der Person für ihre Teilnahme danken.

- ∞ Das war die letzte Frage.
- ∞ Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, mir so viel von sich zu erzählen!

10.2.5 Auswertungsbogen des SIDDS

Um den TherapeutInnen (bei Vorliegen eines schriftlichen Einverständnisses der PatientInnen) einen Überblick über die Ergebnisse der Untersuchung zu geben, habe ich einen einseitigen Auswertungsbogen erstellt.

Auswertungsbogen für VP-_____

Datum d. Untersuchung: _____ Untersucher: _____

DDIS- Diagnosen	ja/ nein	Anz. Ja-Sympt.	Anz. S. Unsicher	Diag-Items
Somatisierungsstörung				D: 13
Drogenabhängigkeit, -missbrauch				D: 1
Alkoholabhängigkeit, -missbrauch				D: 1
(Major) Depression Episode				D: 5 G+V
Schneidersche Symptome 1. Ranges	Ges.score			11
Multiple Persönlichkeitsstörung	Ges.score			D: ab /3 + ja
MPS- NIMH-Kriterien				erste 3 .
Borderline Persönlichkeitsstörung				5
Dissoziative Amnesie				2
Dissoziative Fugue				3
Depersonalisationsstörung				4/ 1 + org.
Atypische dissoziative Störung				1
Kopfschmerzen		Migräne		
Schlafwandeln				1
Trance-Zustände				1
Imaginative BegleiterInnen				1
Außersinnliche Wahrnehmung/ Besessenheit/ Kultaktivität/ Past Lives	Ges.score			16
Therapeutische/ ärztl. Behandlung		> 5 Stunden		V / G:
Diagnosen (welche)				
Psychopharmaka (welche)				
Anzahl Therapeutinnen	(Anzahl)	Therapie ohne	Besserung:	
	ja/ nein	Beginn - Ende	Anzahl Täter + Art	
Körperliche Misshandlung				
Sexueller Missbrauch				

Besonderheiten im Interview:

FDS - Wert: _____ Untersuchungsgruppe: _____

Anhang C

Eidesstattliche Versicherung

Ich, Leonhard Kratzer, geboren am 17.01.1986 in Augsburg, erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel

„Differentielle Behandlungsverläufe bei störungsspezifischer stationärer Psychotherapie komplexer Traumafolgestörungen“

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Prien am Chiemsee, den 9. Oktober 2019

Leonhard Kratzer
